Circulation routière et dogues

Séminaire organisé par le Groupe Pompidou

Strasbourg, 19-21 avril 1999

TABLE DES MATIERES

Le Groupe Pompidou **8**

Préface **10**

Rapport de synthèse sur les enquêtes relatives à la prévalence des drogues illicites dans le domaine de la circulation routière dans différents pays européens **14**
par Johan J. de Gier

Résumé 14
1. Objectif 16
2. Introduction 16
3. Problèmes de méthodologie 18
4. Recherches sur les drogues illicites et la circulation routière dans différents pays européens 19
5. Discussion 50
6. Conclusions 65
7. Références 68
8. Annexes 72

Drogues illicites et circulation routière. Panorama des dispositions juridiques, des difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans certains pays européens **74**
par Hans Peter Krüger, M.W. Bud Perrine, Frances B. Huessy, Melanie Mettke

Résumé 74
1. Introduction et objectifs 76
2. Méthode 77
3. Les résultats 83
4. Discussion 93
5. Conclusions 99
6. Références 100
7. Personnel du projet 100

ANNEXE - Drogues illicites et circulation routière. Panorama des dispositions juridiques, des difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans certains pays européens **102**
par Hans-Peter Krüger, M.W. Bud Perrine, Frances B. Huessy, Melanie Mettke

1. Autriche 105
2. Belgique 112
3. République tchèque 118
4. Danemark 124
5. Finlande 131
6. France 135
7. Allemagne 141
8. Italie 148
9. Luxembourg 156
10. Pays-Bas 159
11. Norvège 167
12. Pologne 171
13. Portugal 177
14. Espagne 180
15. Suède 187
16. Suisse 197
17. Royaume-Uni 207
18. Bibliographie complémentaire 215

La relation entre la consommation de drogue, la déficience de conduite et les accidents de la circulation routière.
Résultats d'une recherche réalisée pour l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) **217**
par James Crowley et Richael Courtney

Le cadre juridique pour des procédures efficaces de dépistage au bord de la route **223**
par Melanie Mettke

1. Introduction 223
2. Pertinence des dispositifs de dépistage dans l'approche fondée sur la «déficience» (altération des capacités) et dans l'approche analytique 223
3. Réglementation du dépistage au bord de la route dans le cadre du conflit entre l'efficacité de la police et les droits constitutionnels 224
4. Réglementation du contrôle d'alcoolémie au bord de la route 225
5. Conclusions en ce qui concerne le dépistage de la drogue 227

Rapport introductif sur les dispositions légales,les difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans quelques pays européens **231**
par Hans-Peter Krüger

1. Objectifs et conception de l'étude 231
2. Résultats concernant la législation 232
3. Problèmes posés par la lutte contre la drogue au volant 236
4. Prévention 240
5. Résumé 241

Présentation de la législation belge relative à la conduite d'un véhicule sous influence de drogue **243**
par Claude Gillard

Problèmes de la législation anti-drogue lorsqu'il y a implication de benzodiazépines **245**
par Hans Laurell

Révision partielle de la loi fédérale suisse sur la circulation routière (LCR) **249**
par Christian Buschan

La conduite sous l'influence de substances psychotropes: la nouvelle législation portugaise **251**
par Maria Adelaide Núncio

Prévalence, épidémiologie, évaluation des risques: perspectives pour les drogues illicites et licites Présentation introductive **255**
par Alain Verstraete

Nécessité d'une évaluation clinique pour le dépistage et la confirmation de la conduite sous l'influence de drogue ou de médicaments **263**
par Georges Lagier

Marijuana et conduite: évaluation de risques par la recherche expérimentale **267**
par Jan Ramaekers

Standardisation des protocoles policiers et procédures d'analyse de la présence de drogue dans les liquides corporels **271**
par Manfred R. Möller

Place de la salive et de la sueur dans la caractérisation d'une conduite automobile sous influence **277**
par Pascal Kintz

Le dépistage de drogue sur la route, les tests sur le terrain pour constater la déficience et la reconnaissance et l'évaluation de drogue: programme et expériences **287**
par Rob Tunbridge et David Rowe

Comment peut-on expliquer la fréquence élevée de détection de drogue chez les conducteurs norvégiens? **291**
par Jørg Mørland

Dépister la drogue au volant. Allemagne: programme de formation pour fonctionnaires de police **297**
par Sabine Joó

Le développement et la validation sur le terrain des méthodes d'identification des drogues chez les conducteurs - Bilan de l'expérience américaine **299**
par M. W. Bud Perrine

Pratique des contrôles sur le terrain **307**
par Charles de Winter

L'évaluation clinique et comportementale chez les conducteurs sous influence de produits psychotropes **311**
par Charles Mercier-Guyon

Toxicomanie et sécurité routière: le traitement et la rééducation des toxicomanes et leur importance pour la sécurité routière **317**
par Javier Alvarez

Drogues licites et conduite: la prévention par l'information des patients, des médecins et des pharmaciens **329**
par Alain Verstraete

Les programmes de substitution (méthadone) et la capacité de conduire **333**
par Hans-Jürgen Battista

La restitution des permis de conduire et l'évaluation médico-psychologique des conducteurs en Allemagne et dans certains pays européens **341**
par Wolf-Rüdiger Nickel

L'expérience autrichienne en matière de diagnostic des personnes ayant commis des infractions liées à la drogue **351**
par Alexander Kaba

Groupe de travail A1 (Aspects juridiques) **353**
par Hans-Peter Krüger

Groupe de travail A2 (Aspects pratiques de l'application de la loi et de la détection) **357**
par Rob Tunbridge

Groupe de travail B1 (Prévalence, épidémiologie, évaluation des risques) **361**
par Johan J. de Gier

Groupe de travail B2 (Prévention et réhabilitation) **365**
par Alexander Kaba

Conclusions et recommandations du séminaire **369**

Liste des participants **375**

Le Groupe Pompidou

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971. Depuis 1980, il déploie ses activités dans le cadre du Conseil de l'Europe. Forum multidisciplinaire de la Grande Europe, il permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux experts d'échanger idées et informations sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Son programme de travail actuel vise notamment à promouvoir les stratégies globales de lutte contre la drogue aux niveaux national, régional et local, à améliorer les systèmes de collecte de données en Europe, à y encourager l'échange de connaissances et d'expériences en matière de réduction de la demande, entre administrations concernées et groupes professionnels, à y promouvoir l'application efficace des traités internationaux de contrôle des drogues et à améliorer la collaboration transfrontalière contre le trafic.

Les opinions exprimées dans cet ouvrage sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Conseil de l'Europe ou du Groupe Pompidou.

Préface

Les effets de l'alcool sur la conduite sont bien connus. La prévalence, les méthodes de détection ont été analysées. Les seuils légaux d'imprégnation ont été fixés sur la base d'informations solides et d'expériences, et ce sont aussi des données concrètes qui inspirent les mesures et politiques de prévention et de répression. Or, tel n'est pas le cas lorsqu'il s'agit de drogues «illicites», qu'elles soient consommées seules ou associées à l'alcool, ou encore à divers médicaments.

Il n'est pas excessif de dire que ni la dimension du phénomène ni l'effet réel des substances «illicites» sur les conducteurs, ni même les techniques susceptibles de les déceler ne sont explorés de manière satisfaisante. Les pouvoirs publics se trouvent ainsi confrontés à la tâche difficile de résoudre des équations à multiples inconnues. La question doit-elle être abordée dans le cadre d'une politique globale de la drogue ou ne s'agit-il pas plutôt d'un problème à résoudre sous l'angle prioritaire de la sécurité routière? Cette approche différente n'est pas sans conséquence. Dans la première hypothèse, faut-il avoir une approche de «tolérance zéro», ce qui revient à interdire toute conduite en cas de consommation de drogues «illicites»? Dans l'optique sécuritaire, au contraire, peut-on se contenter de trancher le problème en définissant sur le seul critère de l'aptitude à conduire des seuils d'imprégnation que le législateur se chargerait de faire appliquer?

D'un point de vue là aussi très concret, on peut s'interroger sur les possibilités techniques, scientifiques et réglementaires des forces de l'ordre pour détecter la présence de substances altérant les capacités des conducteurs, autant d'ailleurs que pour mesurer le degré de la diminution de ces capacités? La formation d'agents de police, des médecins, des juristes et de ceux en général impliqués dans l'application de la loi suffit-elle et comment peut-on et doit-on l'améliorer?

Dans un grand nombre de cas, les accidents de la route se produisent sous l'influence de médicaments qui ont été prescrits par les médecins. Ce simple constat donne la mesure des difficultés qu'il y a à définir une politique crédible et cohérente lorsqu'il s'agit de drogues illicites. Comment peut-on en même temps interdire la conduite aux consommateurs de drogues «illicites» et admettre que peuvent au contraire conduire des sujets sous l'emprise de substances psychotropes dont les effets sont tout à fait comparables à ceux de substances classées comme «illicites»? Le critère déterminant peut-il être dans cette optique la classification des substances en cause ou ne devrait-il pas être recherché dans les divers aspects de l'utilisation de ces substances? Et, finalement, quelles sont les limites s'imposant au législateur et aux autres pouvoirs publics sous l'angle éthique et des droits de l'homme?

Le Groupe Pompidou a décidé de faire le bilan des connaissances et des expériences pratiques acquises dans les Etats membres et, dans la mesure du possible, de dégager quelques orientations permettant aux pays membres d'avancer dans ce domaine où l'incertitude règne. Dans un premier temps, il a été procédé à une synthèse des enquêtes déjà existantes sur la prévalence des drogues illicites dans le domaine de la circulation routière dans treize pays européens, dont l'élaboration a été confiée au D^{r} Johan de Gier (Pays-Bas). De même, il a semblé utile de faire établir un panorama de la situation nationale de douze Etats membres en ce qui concerne la législation et son application, les difficultés rencontrées par la police et les tentatives de prévention. Cette tâche a été confiée à une équipe de chercheurs sous la direction du professeur Hans-Peter Krüger (Allemagne) qui, pour ce faire, a recueilli un matériel très volumineux sur la base d'un questionnaire. Les informations ainsi réunies ont été complétées et approfondies, à un stade ultérieur, dans des contacts personnels avec des experts lors de visites organisées dans les pays en question.

Les rapports rédigés par le D[r] de Gier et l'équipe du professeur Krüger ont permis de constater une très grande diversité des situations nationales, mais aussi d'identifier des vastes terrains caractérisés par un manque réel d'informations. Les correspondants permanents du Groupe Pompidou, observant le besoin manifeste d'aller plus loin dans la recherche et l'échange d'informations, ont donc décidé d'organiser un séminaire qui s'est concentré sur quatre domaines essentiels: 1. Aspects juridiques; 2. Aspects pratiques de l'application de la loi et de la détection; 3. Prévalence, épidémiologie, évaluation des risques; et 4. Prévention et réhabilitation.

Le séminaire s'est tenu à Strasbourg du 19 au 21 avril 1999. Sous la présidence de M. Claude Gillard (Belgique) et sous l'impulsion des deux rapporteurs généraux, MM. de Gier et Krüger, des fonctionnaires, chercheurs, praticiens, médecins et officiers de police de vingt-sept pays européens ainsi que des Etats-Unis ont échangé des informations et leurs points de vue en séances plénières et au sein de quatre groupes de travail consacrés aux grands thèmes cités précédemment. Les rapports de base et l'essentiel des nombreuses présentations faites lors du séminaire ainsi que les conclusions et propositions adoptées par les participants sont reproduits dans la présente publication.

La Commission européenne, qui mène des activités importantes sur les problèmes de la sécurité routière, y compris dans le contexte de la consommation de drogues, a coopéré très activement à la préparation du séminaire et a mis à disposition un document contenant des informations supplémentaires sur la situation dans cinq pays non couverts par le rapport de base élaboré par l'équipe du professeur Krüger. De même, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) à Lisbonne a contribué au séminaire par la présentation des résultats d'une recherche sur les relations entre la consommation de drogue, la déficience de conduite et les accidents de la circulation routière.

Les rapports de base tout comme les présentations faites lors du séminaire reflètent la complexité des problèmes et la diversité des approches nationales. Mais ils mettent également en lumière la nécessité d'élargir et d'approfondir considérablement la recherche dans les divers domaines en vue de prendre les mesures législatives et pratiques appropriées.

On peut retenir les points forts de ces travaux:

- Il ne semble pas permis d'argumenter raisonnablement, en matière de circulation routière et drogue, en distinguant, de façon schématique, entre drogues, ou substances «illicites», et «licites» (alcool, médicaments...). Ce n'est pas la classification qui importe mais l'utilisation faite des substances en question.

- On connaît toujours insuffisamment la dimension réelle du phénomène de la drogue au volant, tout comme on manque d'éléments importants pour déterminer les effets de la consommation des substances en question sur la capacité de conduire. Des grandes incertitudes existent aussi en ce qui concerne les mesures de prévention à prendre. Il est donc urgent d'élargir et d'approfondir les recherches dans ces domaines.

  - Deux options principales s'offrent au législateur: celle basée sur la «tolérance zéro», interdisant toute présence de substances illicites, d'une part, et celle basée sur l'altération de la capacité à conduire («*impairment approach*»), d'autre part.

Le choix entre ces options n'est pas de nature scientifique mais politique et se fait sur la base de considérations et d'hypothèses complexes. Il parait utile de suivre et d'analyser attentivement les expériences faites dans les pays membres choisissant l'une ou l'autre approche.

- Il semble indispensable d'améliorer les connaissances des personnels concernés (police, justice, administration...), en développant et en mettant en œuvre des programmes de formation en matière de connaissance et de détection des drogues, de même qu'il faudrait développer et mettre à la disposition de la police des dispositifs fiables de détection rapide.

- Une attention particulière doit être accordée aux implications de la consommation de substances psychoactives «licites» affectant la capacité de conduire (médicaments, notamment substances de substitution telles que la méthadone).

Les Correspondants Permanents du Groupe Pompidou, prenant connaissance des résultats du séminaire, ont reconnu que ce dernier avait pour principal but de faire un inventaire plutôt que de formuler des recommandations concrètes et définitives pour la réglementation nationale ou européenne. Dans la tradition des travaux du Groupe Pompidou, il leur semble par contre nécessaire de ne pas s'en tenir au constat actuel, mais d'analyser de près les évolutions qui se dessinent, avec la perspective d'un nouvel état des lieux dans un délai approprié, et cela en synergie avec les travaux de l'Union européenne. Les activités consacrées aux problèmes de la circulation routière et de la drogue seront donc poursuivies dans le cadre du prochain programme de travail du Groupe Pompidou.

Rapport de synthèse sur les enquêtes relatives à la prévalence des drogues illicites dans le domaine de la circulation routière dans différents pays européens

par le Dr Johan J. de Gier, Oosterhout, Pays-Bas

Résumé

Ce rapport analyse la prévalence de l'usage de drogues *illicites* chez les conducteurs de véhicules de treize pays européens. La documentation nécessaire à la réalisation de cette étude a été puisée dans les revues scientifiques appropriées, les rapports publiés par les instituts au cours de la dernière décennie et les débats qui ont eu lieu lors des deux dernières conférences organisées par le Conseil International sur l'Alcool, la Drogue et la Sécurité Routière (ICADTS) en 1995 et 1997.

Trente enquêtes au total ont été dépouillées afin de mettre en évidence la prévalence de l'usage de drogues *illicites* seules ou associées à l'alcool ainsi que celle de l'usage de drogues multiples. Le rapport présente également la prévalence de l'usage de substances *licites* car la plupart des enquêtes y font fréquemment référence. Ces enquêtes étant d'importance inégale, la prévalence y est décelée chez différentes populations de conducteurs telles que «l'ensemble des conducteurs», les «conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de l'alcool et/ou de drogues» et les «conducteurs impliqués dans des collisions».

S'agissant de la sélection des échantillons et de la collecte de données on se trouve confronté à des problèmes de méthodologie dans de nombreuses enquêtes, si bien que leurs conclusions ne permettent pas de faire des comparaisons entre les différents pays européens. Des différences peuvent apparaître, en particulier dans la sélection des conducteurs, selon que les forces de police d'un pays donné concentrent davantage leurs efforts sur la détection des personnes conduisant sous l'emprise de drogues. La représentativité de l'échantillon faisant l'objet de l'investigation est un problème que l'on retrouve pour toutes les catégories de conducteurs, ce qui pose également problème si des échantillons peu importants sont inclus et/ou si les critères de sélection ne sont pas précis.

Seuls les résultats de quatre études importantes ont été publiés: une étude allemande portant sur l'ensemble de la population des conducteurs de véhicules, une étude norvégienne examinant le cas des conducteurs sous l'effet de drogues et deux études, l'une belge et l'autre italienne dans lesquelles des contrôles ont été effectués sur des conducteurs impliqués dans des collisions. Les résultats de ces études ne sont pas censés refléter en totalité la situation des autres pays, étant donné, d'une part les différences culturelles et sociétales qui déterminent la manière dont les drogues (*licites* ou *illicites*) sont utilisées et, d'autre part, l'impact des campagnes publicitaires qu'il est difficile d'évaluer. Il convient, par conséquent, de considérer les conclusions de ces études comme des indicateurs pour un débat ultérieur.

Pour l'*ensemble de la population de conducteurs*, la prévalence de l'usage de drogues *illicites* serait de l'ordre de 1 % à 5 % (le cannabis et les opiacés étant les drogues le plus souvent identifiées), tandis que l'usage de drogues *licites* serait de 5 % à 15 % (les benzodiazépines étant détectées le plus fréquemment). La prévalence d'un mélange de drogues *illicites* et d'alcool pose un problème plus complexe que celui de

drogues *licites* et d'alcool, probablement parce que les conducteurs concernés tendent à être plus avertis des effets néfastes de ce mélange. La prévalence de l'usage de drogues multiples pour l'ensemble des conducteurs est très faible si l'on prend les résultats allemands comme indicateur.

Parmi les *populations de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues* on note une prévalence élevée de l'usage de drogues *licites*, de 14 % à 74 % (principalement des benzodiazépines), alors que celle de drogues *illicites* est plus faible (9 % à 57 % pour le cannabis, 8 % à 42 % pour les opiacés et 1 % à 20 % pour les amphétamines). Ces résultats sont fonction de la perception et de la vigilance des policiers des différents pays qui décident si un conducteur fera ou ne fera pas partie de l'échantillon. On note de grosses différences d'un pays à l'autre. Ainsi en Norvège, la prévalence de l'usage d'amphétamines est relativement élevée, alors qu'au contraire l'usage d'opiacés est plutôt faible. On s'attend normalement à ce que le mélange de drogues *licites* et/ou *illicites* et d'alcool soit élevé dans les échantillons de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues/alcool. Pourtant, dans la plupart des études, les données isolant la prévalence de mélanges de drogues (y compris l'alcool) font défaut. En Norvège, cette prévalence dans les contrôles positifs est de 25 %, alors que pour l'ensemble des conducteurs, elle va de 18 % à 28 % pour l'échantillon de deux études suisses. Quelques études signalent la prévalence de l'usage de drogues multiples à la fois pour les drogues *licites* et *illicites*. Les chercheurs suisses ont noté une prévalence élevée (62 %).

Dans le cas de *conducteurs impliqués dans une collision*, la prévalence de l'usage de drogues *illicites* est de 10 % à 25 % dans les différentes études. Le cannabis et les opiacés sont à peu près à égalité dans les échantillons (6 % et 7,5 % respectivement) et leur présence est détectée environ deux à trois fois plus souvent que celle des amphétamines. La présence de cocaïne a été identifiée avec une prévalence très faible (0,5 % à 0,7 %) en Belgique et en Italie, alors que sa prévalence est très élevée en Espagne (5 % à 7 %).La plupart des études mentionnent également la prévalence d'un mélange de drogues (*licites* et *illicites*) et d'alcool chez les conducteurs testés positifs et allant de 27 % à 65 %. La plupart des études signalent également la prévalence de l'usage de drogues multiples, à la fois *licites* et *illicites* qui se situe entre 20 % dans l'étude belge et 36% dans une étude norvégienne dans le cas de conducteurs testés positifs. Lorsque l'on considère l'échantillon dans son ensemble dans d'autres études, la prévalence est plus faible, de 5 % dans une étude du Royaume-Uni à 17,5 % pour une étude italienne.

Il convient de remarquer que les données connues sur la prévalence de l'usage de drogues chez les conducteurs qui ont fait l'objet d'un contrôle positif parmi différentes populations de conducteurs ne permettent pas de conclure que l'usage de drogues constitue un problème de sécurité sérieux. L'idéal serait qu'une étude destinée à déterminer les risques d'accidents puisse mettre en parallèle les cas de conducteurs impliqués dans des collisions afin de les comparer. Dans la plupart des pays (à l'exception de l'Allemagne) il n'existe pas de données sur la prévalence de l'usage de drogues pour l'*ensemble de la population de conducteurs*. La prévalence élevée de drogues constatée dans les échantillons représentatifs de conducteurs impliqués dans des collisions confirme l'hypothèse qu'il existe réellement un sérieux problème de sécurité routière. Pourtant, l'Europe n'a pas de méthodes normalisées qu'elle pourrait appliquer à des études répétées pendant une période de temps donnée dans chaque pays et qui permettraient de faire des comparaisons entre la situation des Etats concernés. Il faudrait mettre en place de telles études et abolir ou modifier la législation nationale qui interdit les contrôles sauvages sur les routes afin que ce genre de contrôles puisse être effectué dans toute l'Europe.

1. Objectif

Ce rapport a pour objectif de faire un bilan des enquêtes menées dans différents pays européens, enquêtes indiquant la prévalence de l'usage de drogues *illicites* chez les conducteurs de véhicules, et particulièrement de l'usage de drogues multiples, c'est-à-dire un mélange de différentes drogues, y compris l'alcool et les drogues *licites*. Les recherches documentaires effectuées pour réaliser ce bilan ont analysé les revues scientifiques, les rapports publiés par des instituts au cours de la dernière décennie et les débats qui ont eu lieu lors des deux dernières conférences organisées par le Conseil International sur l'Alcool, la Drogue et la Sécurité Routière (ICADTS) en 1995 et 1997. Après une synthèse des résultats des différents rapports par pays, viendront des discussions destinées à réunir les données appropriées, à présenter une conclusion générale et à définir le problème afin de permettre aux responsables de la sécurité routière en Europe de décider des démarches nécessaires pour élaborer des contre-mesures. Les résultats de cette synthèse compléteront l'examen général des systèmes juridiques, l'analyse des difficultés rencontrées par les forces de l'ordre, les procureurs et les tribunaux face à l'usage de drogues *illicites* par les conducteurs, et des efforts de prévention entrepris afin de résoudre ce problème. Ces aspects seront traités dans un rapport élaboré par le professeur Hans-Peter Krüger (Centre de recherche sur la circulation routière, Université de Würzburg, Allemagne).

2. Introduction

Données du problème

Dans les pays de l'Union Européenne, les accidents de la route font 50 000 victimes et 1,5 million de blessés par an et coûtent plus de 70 milliards d'Ecus à la société (Livre Blanc sur la politique des transports, COM 92/494, Commission Européenne). On estime que si tous les Etats membres collectaient leurs données statistiques selon les critères utilisés dans les pays qui élaborent les évaluations les plus précises, le nombre exact des accidentés de la route dépasserait probablement le chiffre de 3 millions par an (Gil-Robles, 1998), un niveau que l'Union Européenne ne peut plus tolérer.

Parce qu'il existe un lien étroit entre la sécurité des transports et la santé publique, les accidents de la route dus à la prise de drogues autres que l'alcool sont devenus un problème de santé publique majeur. Nul n'ignore que la consommation d'alcool est un facteur déterminant dans 20 à 40 % des accidents mortels sur les routes, mais on sait également que de nombreuses drogues licites et illicites altèrent la vigilance au volant. Les données dont nous disposons permettent de conclure que les tranquillisants à base de benzodiazépines qui sont prescrits le plus souvent multiplient par deux, voire davantage, les risques d'accidents graves (comparables en cela aux risques qu'entraîne un taux d'alcoolémie de 0,5 g/l), et que les antidépresseurs tricycliques augmentent encore davantage ce risque (Ray et al., 1992). Selon une enquête épidémiologique plus récente une population de consommateurs de benzodiazépines présenterait un risque relatif extrêmement élevé (5 à 6 fois plus élevé, comparable à un taux d'alcoolémie de 1,0 g/l) pendant les deux premières semaines d'utilisation de ce médicament (Neutel, 1995).

Les études épidémiologiques sur le cannabis, la drogue illicite utilisée le plus fréquemment, indiquent la présence de tetrahydrocannabinol (THC) chez 4 à 12 % des conducteurs blessés ou tués dans des accidents de la route, même si la population à risque est probablement inférieure à 4 %. L'incidence du THC parmi les conducteurs tués ou blessés dans des accidents ne permet pas de conclure qu'il s'agit d'un facteur déterminant, car la présence d'alcool a été détectée chez la majorité des victimes testées positives au THC (Robbe, 1994). On considère que le risque potentiel est plus

grand en cas d'association de cannabis et d'alcool qu'il ne l'est lorsque l'une de ces substances seulement est utilisée (Teerhune et al., 1992). L'effet du cannabis seul sur les troubles de la vigilance des conducteurs reste contestable.

On estime à 1 ou 2 % le nombre de conducteurs en possession d'un permis de conduire utilisant des drogues illicites selon les Etats membres de l'Union Européenne, tandis que 10 % en moyenne de la population adulte conduit sous l'effet de drogues médicinales portant atteinte à la vigilance du conducteur. (De Gier, 1995). Il est cependant difficile de faire des comparaisons entre les Etats membres quant à la prévalence de l'usage de drogues illicites chez les conducteurs de véhicules. Les données des études examinées laissent percevoir des divergences importantes selon la manière dont elles sont collectées et leur importance (prévalence sur un an ou sur la vie entière), et selon l'ampleur de l'enquête (ensemble de la population du pays, données régionales ou populations sélectionnées à la recherche d'une thérapie de désintoxication). Dans la plupart des cas, on ne peut apprécier la fiabilité des dossiers des différents pays. Il est impossible de parvenir à des conclusions prouvant qu'il existe un lien entre l'usage de drogues illicites et les accidents par suite de l'absence d'études épidémiologiques fiables. Il importe de prendre des mesures afin de normaliser les méthodes de recherche et de disposer de données significatives.

On ne comprendra réellement le problème que posent les drogues illicites au volant que par deux approches complémentaires: expérimentation et épidémiologie (Simpson et Vingilis, 1992). Les études expérimentales s'intéressent aux effets des drogues sur les performances psychomotrices, en particulier à l'altération des facultés et aux dosages utilisés. Il est cependant pratiquement impossible de traduire ces effets en termes d'accidents de la route. Les questions relatives à l'ampleur et à l'importance de ce problème, ainsi que les moyens permettant d'identifier les drogues qui sont des facteurs de risque d'accident peuvent trouver une réponse dans des recherches épidémiologiques fiables.

L'épidémiologie descriptive donne un aperçu de l'importance relative des différents types de drogues. En d'autres termes, quelles sont les drogues que l'on aura détectées qui contribuent à créer un important problème de sécurité routière? Si des évaluations répétées sont effectuées à temps, on pourra avoir un aperçu de l'évolution de l'usage des drogues et de la conduite automobile dans notre société.

L'épidémiologie analytique identifie les drogues sur-représentées chez les personnes impliquées dans des accidents de la route. La participation de groupes de contrôle permet aux chercheurs de présenter des données sur les risques relatifs. L'analyse des facteurs de risque conclut à un rapport d'association et non à un rapport de causalité. La recherche expérimentale sur les liens de cause à effet entre le volume de drogues et les troubles du comportement demeure nécessaire si l'on veut parvenir à des conclusions sur l'étiologie éventuelle des différentes drogues.

En général, l'application de la recherche épidémiologique aux drogues (autres que l'alcool) au volant ne permet des comparaisons transculturelles significatives que si l'on utilise des méthodes de collecte de données normalisées. Plusieurs facteurs (politiques, juridiques, sociaux, économiques, etc.) conditionnent néanmoins les possibilités de recherche des chercheurs des différents pays et conduiront à des méthodes différentes en matière de sélection d'échantillons et de collecte de données. Un bilan des recherches sur la prévalence des drogues illicites chez les conducteurs des pays sélectionnés inclura donc des études dans lesquelles on se heurtera à de nombreux problèmes de méthodologie. Ce bilan à l'intention du Conseil de l'Europe inclut des études plus récentes dont certaines ont adopté une meilleure méthodologie.

3. Problèmes de méthodologie

La plupart des problèmes de méthodologie rencontrés dans les études épidémiologiques sur les drogues au volant concernent la collecte d'échantillons et de données (Simpson et Vingilis, 1992).

Population concernée

Le choix de la population que l'on étudiera est capital et peut donner lieu à des problèmes lors de comparaisons entre les pays. Il est possible de regrouper les recherches épidémiologiques sur les drogues illicites et la conduite de véhicules selon la population faisant l'objet de cette recherche:

1. ensemble de la population
2. Populations de contrevenants
3. Populations de consommateurs de drogues / de toxicomanes
4. Conducteurs impliqués dans des collisions

Lors des enquêtes sur l'usage de drogues illicites parmi *l'ensemble de la population*, les données sont généralement rassemblées au moyen de questionnaires ou d'entretiens. Deux problèmes parmi ceux que l'on rencontre le plus fréquemment concernent la représentativité des personnes et le refus de répondre. Les enquêtes menées auprès de l'ensemble de la population s'adressent aux conducteurs comme aux non-conducteurs et ne permettent pas de formuler des conclusions sur les conducteurs.

Dans les enquêtes effectuées sur les routes les conducteurs sont sélectionnés de manière systématique ou au hasard dans le but d'obtenir des informations à partir de leurs propres déclarations sur le profil de la population concernée, l'usage de drogues, la conduite et la détection de l'usage de drogues par des analyses toxicologiques des liquides physiologiques. Comme les contrôles en bordure de route se font souvent les nuits de week-ends, les conducteurs soumis à ces contrôles ne sont pas représentatifs de l'ensemble des conducteurs. Les taux de refus peuvent avoir une incidence considérable sur les conclusions concernant l'usage de drogues illicites à partir d'enquêtes menées en bordure de route, car ces substances sont décelées moins souvent que l'alcool pour lequel on note un taux de refus de 15 %. Les taux de refus peuvent en effet dépasser la proportion de conducteurs testés positifs aux drogues illicites. Un autre problème concerne les échantillons de liquides physiologiques destinées à la détection de drogues, lorsque des méthodes de prélèvement agressives deviennent inacceptables au plan juridique.

Dans les enquêtes menées auprès de *populations contrevenantes* (accusées de conduire sous l'effet de l'alcool ou de drogues), on procède à la recherche de drogues si le taux d'alcoolémie est inférieur à la limite légale. Cette méthode exclut automatiquement toute information sur l'association de drogues à un taux d'alcoolémie élevé. En outre, la sélection des conducteurs est déterminée à l'origine par le policier ayant procédé à l'arrestation, ce qui donne lieu à une certaine partialité.

Pour les études concernant les *consommateurs de drogues ou les toxicomanes,* les échantillons proviennent essentiellement de centres de soin. Ces études ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble de la population consommatrice de drogues ou toxicomane puisque seule une faible proportion de personnes recherchera officiellement un traitement.

Dans les enquêtes concernant les *populations impliquées dans des collisions*, les données collectées apportent des informations sur un large éventail de variables (par exemple les caractéristiques des collisions, les particularités psychologiques / comportementales, le problème de l'usage de drogues).

L'information sur les troubles provoqués par les drogues repose sur les impressions et les décisions des policiers concernés, ce qui peut donner lieu à une certaine partialité. Dans les accidents mortels, les données sont le plus souvent incomplètes du fait que les tests destinés à déceler la présence de drogues ne sont pas effectués sur les conducteurs victimes d'accidents mortels qui s'avèrent être sous l'emprise de l'alcool.

Collecte des données

Les sources de données et les méthodes de collecte peuvent créer des problèmes de méthodologie. Les rapports officiels (police, tribunaux, médecins) constituent la première source de données, mais elle a ses limites car les données sur l'usage de drogues ne sont pas collectées de manière systématique. Même lorsque les contrôles ont lieu, on ne recherche qu'un nombre limité de drogues. L'insuffisance de l'information contenue dans ces rapports officiels pose un problème sérieux, car n'y figurent généralement que les cas extrêmes.

La deuxième source de données est fournie par les instruments d'auto-déposition. Ici également, l'insuffisance de données pose problème car les contrevenants ont tendance à minimiser les faits.

Les différentes méthodes de collecte de données utilisées dans les enquêtes comportent leurs propres difficultés. La méthode consistant à rechercher la présence de drogues dans le sang, la sueur, la salive ou les urines pose des problèmes quant à la collecte, la manipulation et le transport des échantillons, ainsi que pour les dosages toxicologiques utilisés. L'interprétation des concentrations de drogues que l'on détecte n'est pas chose facile; ainsi, s'il est possible de déceler les cannabinoïdes dans les urines plusieurs jours, voire plusieurs semaines après leur absorption, on ne voit pas bien quel rapport ils peuvent avoir avec la sécurité routière. On considère que les échantillons sanguins jouent un rôle essentiel dans les enquêtes sur les drogues illicites et la conduite automobile. Une autre méthode de détection de la présence de drogues illicites chez les conducteurs repose sur les tests cliniques et psychophysiques. L'intérêt de cette dernière méthode demeure obscur. Les instruments d'auto-déposition pour déterminer l'usage de drogues au volant posent différents problèmes de précision (fiabilité de l'information restituée).

Enfin, les comparaisons entre différentes études sont souvent difficiles par suite de l'absence de conventions dans la manière de rendre compte des résultats. Il n'existe, par exemple, aucune cohésion dans la manière de présenter les pourcentages (tous les conducteurs de l'échantillon ou seulement ceux qui ont subi un test de détection de drogues).

4. Recherches sur les drogues illicites et la circulation routière dans différents pays européens

4.1. Autriche

Dans une étude pilote de la «Bundespolizeidirektion» à Vienne, des échantillons d'urines provenant de 27 conducteurs présentant un comportement extrêmement particulier et dont l'alcootest s'était avéré négatif, ont été analysés au moyen de l'automate ADx (Abbott) (un dosage immuno-enzymatique par polarisation de

fluorescence (FPIA)) afin d'y rechercher des métabolites de cocaïne, des cannabinoïdes et des opiacés. (Fous, 1995). La chromatographie en phase gazeuse/spectrométrie de masse (CG/SM) a été utilisée pour vérifier les résultats positifs obtenus par dosage immuno-enzymatique. Dans 8 cas (32 %) ces analyses ont confirmé la présence d'une drogue, dans 13 cas (52 %) la présence de deux drogues et dans 4 cas (16 %) les trois drogues ont été détectées. Les 25 échantillons testés positifs par l'automate ADx provenaient tous, sans exception, de jeunes conducteurs (22 hommes et 3 femmes) dont 48 % étaient nés entre 1968 et 1970. 84 % des conducteurs soumis à une analyse avaient déjà eu des condamnations et 68 % d'entre eux étaient des toxicomanes. Le tableau 1 présente les résultats des échantillons vérifiés par la CG/SM.

Tableau 1. Résultats des échantillons verifiés par CG/SM

Substance	Cas négatifs	Cas positifs		
		<100 ng/ml	<500 ng/ml	<1500 ng/ml
Cannabinoïdes (THC)	7	9	6	3
		<1000 ng/ml	<5000 ng/ml	<40000 ng/ml
Opiacés	8	5	8	4
		<1000 ng/ml	<5000 ng/ml	<36000 ng/ml
Métabolites de cocaïne	13	7	2	3

L'auteur a précisé que ses conclusions constituaient «la partie visible de l'iceberg». Mais il n'est pas possible de tirer des conclusions à partir d'un si petit échantillon et de prouver la prévalence de l'usage de drogues illicites chez les conducteurs autrichiens car cet échantillon n'était pas représentatif de la population de conducteurs. Il n'a pas été possible d'obtenir d'autres enquêtes récentes du «Kuratorium für Verkehrssicherheit».

4.2. Belgique

L'étude (belge) de toxicologie et de traumatologie (EBTT) a été entreprise sous forme d'enquête plurilocalisée dans six services d'urgence d'hôpitaux bien répartis dans le pays (Meulemans et al., 1997). Elle concernait tous les conducteurs de deux roues ou de véhicules à moteur, âgés de 14 ans au moins ayant été impliqués dans un accident de la circulation sur la voie publique et directement admis, pendant une journée au moins, dans l'un des services d'urgence sélectionnés ou décédés pendant ou après leur admission. Pendant la période concernée (du 16 janvier 1995 au 15 juin 1996) des échantillons de sang et d'urines ont été prélevés sur 2 143 patients.

Le taux d'alcoolémie a d'abord été évalué par la méthode de dépistage sur fluorure de sodium et oxalate de potassium dans tout le sang par atténuation de l'intensité de fluorescence (REA; Abbott). Les échantillons positifs ont été vérifiés par chromatographie en phase gazeuse/détection par ionisation de flamme. L'analyse toxicologique a été pratiquée sur des échantillons d'urines, par un dosage immuno-enzymatique par polarisation de fluorescence (FPIA) sur automate ADx (Abbott). Il s'agissait de huit analyses recherchant la présence d'amphétamines, de barbituriques, de benzodiazépines, cannabinoïdes, métabolites de cocaïne, méthadone, opiacés et de proxyphène.

On a recherché par ailleurs la présence de benzodiazépines dans le sérum par la même technique. La confirmation de la présence de la plupart de ces substances a été obtenue à partir des urines par chromatographie en phase gazeuse/spectrométrie de masse (CG/SM). La présence de benzodiazépines dans le sérum a été vérifiée par

chromatographie en phase liquide à haute performance (CLHP) et par chromatographie en phase gazeuse avec capture d'ions (CG-CE), celle de barbituriques par chromatographie en phase gazeuse et détection d'azote phosphore (CG-DAP). Les valeurs seuil de l'analyse des différentes drogues figurent au Tableau 2.

Bien que 2 143 patients aient été retenus pendant la période de collecte des échantillons, seuls 2 053 d'entre eux ont fait partie de l'échantillon final utilisé pour les analyses, parce que deux centres participant à l'étude avaient mal géré le protocole méthodologique. La population concernée par l'étude se composait de 1 514 hommes (74 %) et 539 femmes (26 %). On y distinguait une majorité de personnes jeunes: plus du tiers (34,7 % d'hommes et 33,8 % de femmes) tandis que moins de 10 % de ces patients avaient 60 ans ou plus. Les très jeunes conducteurs (âgés de moins de 20 ans) et les conducteurs âgés (plus de 60 ans) étaient légèrement mieux représentés parmi les femmes que parmi les hommes (18 % et 12 % contre 12 % et 9 % respectivement).

Tableau 2. Substances, méthodes d'analyse et valeurs seuil dans l'EBTT

Substance	Analyse	Valeur seuil	Confirmation
Alcool	AER, sérum	0,10 g/l	GD-DIF dans le sang
Amphétamines	FPIA, urine	300 ng/ml	CG-SM dans l'urine
Barbituriques	FPIA, urine	200 ng/ml	CG-DAP dans le sérum
Benzodiazépines	FPIA, urine	50 ng/ml	CLHP/CG-DCE dans le sérum
	FPIA, sérum	12 ng/ml	
Cannabis	FPIA, urine	25 ng/ml	GC-MS dans l'urine
Cocaïne	FPIA, urine	300 ng/ml	GC-MS dans l'urine
Méthadone	FPIA, urine	300 ng/ml	GC-MS dans l'urine
Opiacés	FPIA, urine	200 ng/ml	GC-MS dans l'urine
Propoxyphène	FPIA, urine	300 ng/ml	GC-MS dans l'urine

Dans 1 959 cas appartenant à l'échantillon final, il a été possible d'avoir des indications sur les médicaments utilisés récemment par les patients eux-mêmes. Dans 35 % de ces cas, les patients ont reconnu avoir utilisé certains médicaments durant la semaine précédant l'accident. Pour les médicaments psychotropes, 10 % des personnes participant à l'étude ont reconnu avoir utilisé un médicament connu pour provoquer des troubles de la conduite.

7 % des conducteurs blessés dans un accident de la route ont reconnu avoir absorbé plus de 30 «unités standard» d'alcool au cours de la semaine précédant cet accident. Ce facteur a été observé plus fréquemment chez les hommes (8,3 % contre 1,7 % chez les femmes) et plus souvent dans la tranche d'âge de 40 à 49 ans (13,8 %). 86 % des patients ont déclaré que leur consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'accident correspondait à leur consommation habituelle, 7 % ont dit qu'elle était inférieure alors que pour 5,4 % elle était supérieure à la quantité habituelle.

5,1 % des patients ont avoué avoir consommé des drogues illicites au cours des trois mois précédant l'accident, essentiellement du cannabis (3,7 %) et des amphétamines (1,4 %).

Les analyses toxicologiques ont donné les résultats suivants. Dans 35 cas (1,7 %) il n'a été possible d'obtenir ni des échantillons sanguins ni des échantillons d'urines tandis que pour 139 autres patients (6,8 %) seuls des échantillons sanguins ont pu être prélevés. Le taux d'alcoolémie (TA) a pu être calculé pour 1 871 patients (91 %) parmi

lesquels 1 342 (72 %) d'entre eux avaient un taux d'alcoolémie inférieur à la limite légale (0,5 g/l). Sur les 529 cas positifs (28 %) les deux tiers (65,6 %) avaient un taux supérieur à 1,5 g/l et plus du tiers (37,6 %) dépassaient même les 2 g/l. Parmi les patients donnant eux-mêmes des informations sur leur consommation récente d'alcool et soumis à des tests sanguins, 17 (3,3 %) sur les 521 ayant déclaré qu'ils n'avaient pas absorbé d'alcool pendant la semaine précédant l'accident présentaient néanmoins un TA supérieur à 0,5 g/l, 11 d'entre eux (65 %) ayant un taux égal ou supérieur à 1,5 g/l. Pour le groupe ayant reconnu avoir absorbé de l'alcool, ces chiffres étaient respectivement de 37 % et 61 %. Parmi ceux dont la consommation habituelle d'alcool était plus élevée (plus de 30 «unités standard» durant la semaine précédant l'accident), 70 % dépassaient la limite légale et les trois quarts avaient un taux d'alcoolémie de plus de 1,5 g/l.

Les résultats concernant les médicaments et les drogues illicites ont été recueillis à partir d'échantillons de patients qui n'avaient pas pris de médicaments (pouvant fausser les résultats) avant le prélèvement d'échantillons. Dans 391 cas au total (19 %) on a pu déceler la présence de l'une ou de plusieurs des substances suivantes: amphétamines, benzodiazépines (dans le sang), barbituriques (dans le sang) cannabis, cocaïne, opiacés, méthadone, ou propoxyphène. Parmi ceux-ci, 107 (27 %) présentaient également un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale de 0,5 g/l, celui-ci se rencontrant plus fréquemment chez les hommes (32 % de cas positifs contre 15 % chez les femmes). La prévalence des substances décelées est résumée au Tableau 3.

Tableau 3. Résultats toxicologiques des patients participants à l'EBTT

Substance Echantillon	**N de cas analysés**	**Analyse positive**	**Confirmation positive**	**Prévalence (%)**
Amphétamines (urine)	1 879	60	56	3,0
Barbituriques (urine)	1 879	37	25	1,3
Benzodiazépines (sang)	1 871	232	160	8,5
Benzodiazépines (urine)	1 879	278	*	*
Cannabis (urine)	1 879	114	113	6,0
Cocaine (urine)	1 879	14	14	0,7
Méthadone (urine)	1 879	6	5	0,4
Opiacés (urine)	1 879	149	141**	7,5
Propoxyphène (urine)	1 879	6	4	0,2

* Les résultats de l'analyse positive ont été vérifiés dans le sang uniquement

** 103 (73 %) provenaient d'analgésiques, d'antitussifs et 38 (27 %) de l'usage de morphine/héroïne.

Les chiffres les plus élevés, et de loin, ont été relevés pour les benzodiazépines (8,5 %), les opiacés (7,5 %) et le cannabis (6 %) suivis par les autres substances (amphétamines 3 %, barbituriques 1,3 % et cocaïne, méthadone et propoxyphène, chacun moins de 1 %). Parmi les échantillons positifs aux amphétamines, seuls 22 % avaient reconnu avoir pris cette substance lors de leur admission. Pour les cas positifs au cannabis et à la cocaïne, ces chiffres étaient respectivement de 36 % et 21 %. Pour le propoxyphène, un seul des quatre patients avait mentionné l'usage de cette substance. Aucun des cinq patients testés positifs à la méthadone n'en avait parlé lors de l'anamnèse à propos de l'usage de drogues illicites et deux seulement l'avaient mentionné pour un usage médical.

On a pu noter l'usage de drogues multiples chez 80 patients ou 20 % des cas positifs (64 utilisant deux substances, 13 trois, 2 quatre et 1 cinq). 24 de ces usagers de drogues multiples présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g/l. L'analyse toxicologique était positive chez 20 % des adolescents, 15 % d'entre eux y associant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale. Pour le groupe âgé de 20 à 30 ans, ces chiffres atteignaient 24 % et 29 % respectivement, pour la tranche d'âge de 30 à 40 ans 19 % et 38 %, et pour celle de 40 à 50 ans 27 % et 38 %, pour les personnes entre 50 et 60 ans 19 % et 23 % et pour celles de 60 ans et plus 21 % et 10 %.

Un résultat intéressant qui vient conforter l'hypothèse de risques d'accident accrus lors de la prise de drogues multiples, concerne la synergie manifeste entre l'alcool et la prise de médicaments/ drogues illicites si l'on prend la mortalité comme une variable d'évaluation. Les résultats de l'EBTT indiquent un risque relatif de 2,56 dans le groupe associant drogues et alcool alors qu'un simple effet additif aurait théoriquement abouti à un risque relatif de 1,60.

L'étude belge de toxicologie et de traumatologie (EBTT) constitue l'un des rares exemples valables de recherche épidémiologique descriptive qui offre un aperçu de l'importance relative des différents types de drogues chez les conducteurs impliqués dans des collisions. L'association des données sur l'usage de drogues fournies par le conducteur et des données obtenues à partir d'analyses toxicologiques permettrait de démontrer de manière exhaustive l'utilité relative des instruments d'auto-déposition.

4.3. Danemark

Dans l'étude danoise de Worm et al. (1996), la présence de drogues et de stupéfiants chez les contrevenants à la loi danoise sur la circulation routière au cours de l'année 1993 a été recherchée en fonction des demandes de la police. Ces demandes sont peu fréquentes lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite légale de 0,8 g/l. En 1993, le laboratoire central (Département de chimie médico-légale de l'Université de Copenhague) s'est vu confier 425 cas dont 317 seulement ont été analysés pour y rechercher la présence de drogues (licites) ou de stupéfiants. Ces substances ont été décelées dans 256 cas avec 531 résultats positifs au total. Dans 40 % de ces cas on a pu déceler la présence d'une seule substance. Les substances décelées le plus fréquemment ont été les benzodiazépines, la morphine, la méthadone, les cannabinoïdes et les amphétamines avec respectivement 239, 52, 42, 32 et 28 tests positifs. Les échantillons ont été analysés par dosages immuno-enzymatiques à marqueur radioactif ou par des récepteurs. Des évaluations quantitatives ont été effectuées par la chromatographie en phase liquide avec des détecteurs aux UV et électrochimiques ainsi que par la chromatographie en phase gazeuse avec des détecteurs d'azote et avec capture d'ions. Seuls les résultats confirmés par deux méthodes différentes ont été inclus dans les résultats.

Dans 58 cas sur les 108 pour lesquels aucune recherche de drogues n'a été faite, le taux d'alcoolémie était inférieur à la limite légale. Dans 61 cas sur les 317 ayant fait l'objet d'une recherche de drogues et/ou de stupéfiants, aucun résultat positif n'a été observé. 28 de ces cas testés négatifs aux drogues présentaient un taux d'alcoolémie inférieur à la limite légale. 44 % des cas testés positifs aux drogues ne l'étaient qu'à un seul composant, l'alcool étant exclu. Dans la moitié de ces cas environ, le taux d'alcoolémie était supérieur à 0,8 g/l.

Les auteurs ont comparé leurs résultats aux conclusions d'une étude similaire faite en Norvège (Kruse, 1994). Le Danemark et la Norvège sont deux pays scandinaves ayant à peu près la même population, environ quatre millions en Norvège et cinq millions au Danemark. L'étude norvégienne a analysé 2 371 échantillons contre 317 dans l'étude danoise. Lorsque l'on considère les cinq substances décelées le plus fréquemment il est intéressant de noter que la manière d'utiliser les drogues est totalement différente d'un pays à l'autre (Tableau 4). La Norvège privilégie le cannabis, alors qu'il ne vient qu'en cinquième position au Danemark, où l'on utilise probablement plus souvent la méthadone, tandis que l'on observe la présence fréquente de codéine et d'éthylmorphine en Norvège. Les auteurs n'essaient pas d'expliquer ces différences, mais l'étude démontre clairement que la manière d'utiliser les drogues diffère sensiblement d'un pays européen à l'autre. Ceci souligne une fois encore la complexité de l'usage des drogues licites et illicites en général, lorsqu'on examine les tendances des pays européens. De nombreux facteurs, dont la plupart sont mal connus, influent sur l'usage des drogues, tels l'efficacité des campagnes d'information du public et des pratiques raisonnables de la prescription de médicaments par les médecins.

Afin d'illustrer l'évolution de la manière dont les drogues sont utilisées dans les cas relevant de la circulation routière, les auteurs ont présenté les résultats des années 1989 et 1995 (Steentoft et al., 1997). Une fois encore ils soulignent le fait qu'au Danemark la police décide des drogues qu'il convient de déceler et d'analyser. Dans la moitié des cas environ, elle ne demande que des analyses destinées à détecter des drogues définies souvent en relation avec les renseignements fournis par la personne suspectée d'être sous l'influence de drogues. Cette pratique présente un risque de partialité et crée un manque de cohésion dans les pourcentages communiqués sur l'usage de drogues. Les auteurs décèlent néanmoins une tendance à utiliser de plus en plus les benzodiazépines, en particulier le flunitrazépam, la morphine et la cocaïne, mais celle-ci en nombre limité (Tableau 5).

Tableau 4. Comparaison entre les drogues ou les stupéiants fréquemment utilisés par les conducteurs norvégiens et danois. (Worm et al., 1996)

Pays	N d'échantillons ananlysés	N de cas en %	Nom de la drogue	N de cas positifs	En % d'échantillons analysés
Norvège	2 372	60	Cannabinoïdes	842	35,5
			Benzodiazépines	802	33,8
			Amphétamines	391	16,0
			Morphine	107	4,5
			Codéine, éthylmorphine	86	3,6
Danemark	317	81	Benzodiazépines	239	75,4
			Morphine	52	16,4
			Méthadone	42	13,3
			Cannabinoïdes	32	10,1
			Amphétamines	28	8,8

Tableau 5. Recherche de drogues autres que l'alcool chez les conducteurs (1989 vs 1995)

Sélection des cas	**1989**	**1995**
Recherche d'alcool	26 363	16 432
Cas présentés pour une recherche de drogues autres que l'alcool	391	314
Parmi ceux-ci annulés par la police	119	93
Cas pour lesquels la recherche de drogues autres que l'alcool a eu lieu	272	221
Noms des drogues		
Benzodiazépines	123 (45%)	118 (53%)
Diazépam	85 (31%)	57 (26%)
Flunitrazépam	33 (12%)	62 (28%)
Cannabis	33 (12%)	38 (17%)
Amphétamines	31 (11%)	21 (10%)
Morphine	28 (10%)	59 (27%)
Méthadone	29 (11%)	29 (13%)
Cétobémidone	12 (4%)	13 (6%)
Cocaïne	2 (1%)	14 (6%)
Absence de drogues	70 (26%)	31 (14%)

Ces données ne peuvent guère être utilisées pour mettre en évidence la prévalence de l'usage de drogues illicites chez les conducteurs contrevenants au Danemark. La détection de drogues a lieu si le taux d'alcoolémie est inférieur à la limite légale ou si la police possède des renseignements précis sur l'usage éventuel de drogues fournis par le contrevenant. Cette approche exclut automatiquement toute information sur l'association de drogues à de grandes quantités d'alcool. Comme la police se réserve le droit de décider de la sélection des conducteurs et de la recherche de drogues autres que l'alcool, ce système a donné lieu à une certaine partialité. On ne peut parler que de «tendances possibles de l'usage de drogues illicites au Danemark».

4.4. France

Devaux et al (1995) ont étudié la prévalence de la présence de psychotropes (licites), d'opiacés et d'alcool chez les conducteurs victimes d'accidents mortels entre le 1er septembre 1991 et le 31 août 1993 dans le nord de la France (région Nord - Pas de Calais). Des échantillons sanguins ont été prélevés sur 103 conducteurs victimes d'accidents mortels. La recherche de benzodiazépines, d'antidépresseurs tricycliques et de barbituriques a été effectuée par des dosages immuno- enzymatiques par polarisation de fluorescence (FPIA) par automate ADx (Abbott). Chaque résultat positif a été vérifié par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (CG/SM). Les opiacés ont été détectés au moyen de tests immuno-enzymatiques à marqueur radioactif (RIA-Coat a Count Morphine, Behring), tandis que la présence d'alcool a été déterminée par chromatographie en phase gazeuse.

Les échantillons sanguins ont été prélevés sur 88 hommes dont la moyenne d'âge était de 37,5 ans (entre 15 et 80 ans) et 15 femmes (moyenne d'âge 38,9 ans, entre 14 et 81 ans). Le taux d'alcoolémie était supérieur à la limite légale(> 0,7 g/l) dans 45,7 % des cas (46,6 % pour les hommes et 40,0 % pour les femmes). Seuls 97 échantillons contenaient une quantité de sang suffisante pour pouvoir procéder à la recherche de drogues. Les résultats figurent au Tableau 6.

36,4 % des cas ont révélé la présence de psychotropes. L'alcool et les psychotropes ont été décelés dans 19,8 % des échantillons, tandis que l'association à un taux d'alcoolémie > 0,7 g/l a été déterminée dans 15,6 % de tous les cas.

Dans leur étude, Pélissier et al (1996) ont recherché la présence d'opiacés, de cannabinoïdes, de cocaïne et d'amphétamines dans des échantillons d'urines provenant de jeunes conducteurs blessés dans des accidents de la route. Cette étude plurilocalisée a été effectuée dans les services d'urgence de trois hôpitaux selon une méthode de contrôle de cas potentiels incluant des conducteurs blessés âgés de 18 à 35 ans. Une première recherche a été faite par l'automate ADx d'Abbott (un test immuno-enzymatique par polarisation de fluorescence (FPIA). Les échantillons positifs ont été vérifiés par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (CG/SM). Les analyses d'urines ont révélé que 10 % des conducteurs blessés (6 sur 60) présentaient des résultats positifs aux cannabinoïdes, 5 % (3 sur 60) révélaient la présence d'opiacés et dans un échantillon on a pu détecter la présence d'amphétamines. La présence de drogues multiples a été déterminée dans un échantillon seulement (usage simultané de cannabinoïdes et d'amphétamines). Dans les 60 échantillons prélevés dans le groupe de contrôle (admis à l'hôpital pour des raisons autres que des accidents) seuls cinq cas positifs aux cannabinoïdes ont été décelés. Il n'a pas été possible de détecter la présence de cocaïne, d'opiacés et d'amphétamines à des niveaux supérieurs aux valeurs seuil. Les résultats n'indiquent pas de différences sensibles dans la prévalence de drogues illicites entre les deux groupes relativement peu importants. La détection d'alcool et de drogues licites ne faisait pas partie de l'étude.

Une étude de contrôle commune a comparé la prévalence d'opiacés, de métabolites de cocaïne, de cannabinoïdes et d'amphétamines dans l'urine de conducteurs blessés dans des accidents de la route à celle que l'on trouve chez des personnes n'ayant pas été victimes d'accidents (Marquet et al., 1998). Le recrutement s'est fait au niveau national dans les services d'urgence de cinq hôpitaux (Lille, Limoges, Marseille, Paris et Toulouse) et comprenait 296 conducteurs âgés de 18 à 35 ans (hommes et femmes, recrutés sans interruption, de jour comme de nuit) et 278 patients de la même tranche d'âge n'ayant pas subi de traumatismes (admis pendant la même période dans le

même service d'urgence pour toute raison autre qu'un traumatisme). L'étude était totalement anonyme, aucun consentement n'a été demandé et aucune information n'a été donnée sur l'objectif de cette étude, d'où l'absence de refus.

La recherche de drogues dans les urines a été effectuée par des dosages immuno-enzymatiques par polarisation de fluorescence (FPIA) au moyen d'automates ADx ou TDx (Abbott).

Tableau 6. Prévalence de psychotropes chez 97 conducteurs victimes d'accidents mortels

Substance	Nombre de cas positifs hommes (n=35)	Nombre de cas positifs femmes (n=3)	Nombre total de cas positifs
Benzodiazépines > 50 ng/ml	11	1	12
Antidépresseurs tricycliques > 75ng/ml	19	1	20
Barbituriques > 2µg/ml	1	0	1
Opiacés > 1,6 ng/ml	4	1	5

Chaque résultat positif a été vérifié par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (CG/SM), dans un seul laboratoire. Les analyses statistiques destinées à évaluer les différences éventuelles dans la prévalence de drogues ont fait appel à des éléments simples de régression à phase unique. Les facteurs d'erreur (âge, sexe, centre) entre les deux populations ont été analysés simultanément.

La moyenne d'âge des conducteurs et des patients était respectivement de 25,5 ans ± 5,2 et de 26,5 ans ± 5,2 ($p < 0,02$). Les femmes représentaient 28,4 % des conducteurs et 44,2 % des patients ($p = 0,0001$). Le Tableau 7 présente la prévalence de drogues dans les urines des conducteurs et des patients. La prévalence chez les conducteurs et les patients était respectivement de 13,8 % et 7,6 % pour les cannabinoïdes, de 10,5 % et 10,4 % pour les opiacés, de 1,35 % et 2,52 % pour les amphétamines et de 1,10 % et 1,08 % pour les métabolites de cocaïne.

Après ajustements en fonction des différences d'âge et de la répartition par sexe, la différence apparente dans la prévalence des cannabinoïdes entre conducteurs et patients n'était pas significative d'un point de vue statistique ($p = 0,054$), sauf chez les femmes où la prévalence dans les urines des conductrices était nettement supérieure à celle des patientes ($p = 0,020$). Une prévalence plus importante a été détectée dans les urines des hommes, à la fois chez les conducteurs ($p < 0,05$) et les patients ($p < 0,0001$). Aucune différence n'a été observée pour la prévalence d'opiacés dans les urines des conducteurs et des patients. Néanmoins, les hommes testés positifs aux cannabinoïdes présentaient une prévalence significative d'opiacés par rapport aux conducteurs testés négatifs à ces mêmes cannabinoïdes ($p = 0,003$) et aux patients ($p = 0,001$). Chez les conductrices et les patientes cette différence était insignifiante. Par suite du nombre limité de cas positifs il n'a pas été possible de comparer les statistiques entre les conducteurs et les patients concernant la présence de cocaïne et d'amphétamines.

Les auteurs analysent les limites de leur étude et, tout d'abord, les opiacés détectés dans 10 % environ de tous les échantillons. Ces résultats peuvent correspondre à un usage illicite ou thérapeutique de cette substance. Ensuite, l'accès aux fichiers de

police n'a pas été possible, ce qui a exclu toute possibilité de vérifier que le groupe de contrôle était bien composé de conducteurs n'ayant pas eu d'accidents. Enfin, l'absence de test sur la présence d'alcool et de drogues licites. Les conducteurs risquent davantage de causer des accidents lorsqu'ils ont consommé un mélange de cannabis, d'alcool et de benzodiazépines (Schermann et al. 1992). Les résultats de cette étude ne peuvent donc pas être utilisés pour déterminer la part de responsabilité des drogues dans les accidents de la route. Ils indiquent plutôt la proportion d'usagers de drogues parmi les conducteurs blessés comparativement à un groupe de patients.

Tableau 7. Prévalence des drogues chez 296 conducteurs et 278 patients

Substances	Cas positifs (%) - Conducteurs		Cas positifs (%) - patients	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cannabinoïdes	16,0	8,3	12,3	1,6
Opiacés	10,4	11,0	10,7	9,8
Cocaïne	0,0	3,6	1,3	0,8
Amphétamines	0,5	3,6	1,9	3,3

4.5. Allemagne

Plusieurs études publiées en Allemagne donnent un aperçu de la prévalence des drogues illicites chez les conducteurs de véhicules. Les deux premières études reposaient sur des analyses d'échantillons sanguins prélevés sur des conducteurs arrêtés parce que suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool (SEA). Pour l'étude de Rittner et al. (1991) 650 échantillons sanguins choisis au hasard ont été prélevés parmi tous les échantillons présentés pour un test d'alcoolémie en 1987 en Rhénanie-Palatinat. Il s'est avéré que 7,7 % des hommes et 2,7 % des femmes au volant âgés de 18 à 35 ans et suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool avaient également consommé du cannabis, et que 3,4 % des hommes et 13,3 % des femmes avaient associé l'usage des benzodiazépines à l'alcool.

Dans une autre étude de Möller (1994) 660 échantillons sanguins de conducteurs sous l'influence de drogues ont été analysés afin d'y rechercher la présence de drogues licites et illicites. L'analyse toxicologique a été faite par dosage immuno-enzymatique à marqueur radioactif (RIA) et dosage immuno-enzymatiques par polarisation de fluorescence (FPIA). La présence de benzodiazépines a été confirmée par chromatographie en phase gazeuse avec capture d'ions (DCE). La présence des autres drogues a été confirmée par chromatographie en phase gazeuse/spectrométrie de masse (CG/SM).

Pour 570 (86,4 %) des 660 cas, seule la présence d'alcool a pu être détectée. Dans 65 cas (9,8 %) une drogue licite ou illicite a été détectée en plus de l'alcool. Dans 22 cas (3,3 %) seules des drogues licites ou illicites ont été décelées. Près des deux tiers (64,4 %) des cas positifs (drogues licites ou illicites) révélaient la présence de drogues illicites (amphétamines, cannabinoïdes, opiacés). Des cannabinoïdes ont été décelés dans 54 cas, des opiacés dans 12 cas et des amphétamines dans trois cas. On n'a pas décelé de cocaïne. 36 cas étaient positifs aux benzodiazépines et 7 aux barbituriques. On n'a pas pu déceler la présence d'antidépresseurs tricycliques (Tableau 8). Parmi les cas positifs aux benzodiazépines, dix se sont révélés négatifs aux tests d'alcoolémie (30,6 %). Il en a été de même pour 18 cas positifs aux cannabinoïdes (33 %). Le taux moyen d'alcoolémie de tous les cas positifs aux drogues était inférieur de 0,06 % au taux d'alcoolémie moyen des cas testés négatifs aux drogues (0,163%).

Bien que le taux d'alcoolémie moyen ait été inférieur à 0,11 % dans 47,1 % des cas positifs aux drogues, la fréquence des accidents de la route ayant entraîné des blessures était presque deux fois plus importante que pour les cas testés négatifs aux drogues.

L'usage de drogues multiples a été constaté surtout pour les cas positifs aux amphétamines (les trois cas se sont également révélés positifs aux cannabinoïdes) et aux opiacés (huit cas sur douze se sont révélés positifs aux cannabinoïdes). 11 % seulement des cas positifs aux cannabinoïdes étaient positifs à d'autres drogues.

La moyenne d'âge des cas positifs aux drogues était de 28,7 ans, alors que celle des conducteurs positifs à l'alcool seul était de 33,8 ans. L'âge moyen des conducteurs pour lesquels les analyses ont révélé la présence de cannabis était de 24,9 ans. Une répartition par sexe a révélé une proportion relativement élevée de femmes parmi les cas positifs aux drogues.

L'étude importante la plus récente est due à Krüger et al. (1995, 1996). Elle s'attache à déterminer la prévalence de psychotropes (licites et illicites) dans l'ensemble de la population de conducteurs allemands. Au cours de l'étude menée en Allemagne sur les routes de 1992 à 1994, des mesures d'alcotests ont été effectuées auprès de 21 000 conducteurs des régions de Unterfranken et de Thuringe. Par ailleurs 13 122 conducteurs ont été invités à fournir un échantillon de salive et 12 213 (93,1 %) ont accepté de participer à cette opération. En 1992, 3 027 échantillons ont été collectés afin d'y rechercher la présence de drogues (cannabinoïdes, amphétamines, opiacés, cocaïne, benzodiazépines et barbituriques). Parmi ces échantillons, 32,6 % étaient pratiquement secs avant que l'on ait pu procéder aux analyses (volume inférieur à 0,1 ml) et, par conséquent, seuls 2 234 échantillons ont pu être réellement analysés. Les analyses toxicologiques ont été faites sur 0,3 ml de salive, au moyen de dosages immuno-enzymatiques par polarisation de fluorescence (FPIA) par automate ADx (Abbott).

Tableau 8. Cas positifs aux drogues et à l'alcool dans 600 échantillons sanguins SEA sélectionnés au hasard

Substances	**Cas positifs (n =)**
Cannabinoïdes	54
Benzodiazépines	36
Opiacés	12
Barbituriques	7
Amphétamines	3
Cocaïne	0
Substances antiépileptiques	(1)
Antidépresseurs tricycliques	0
Alcool	635

Tableau 9. Prévalence d'alcool et de drogues dans un échantillons de conducteurs allemands (n = 3 027)

Substances	Cas positifs (%)
Alcoolémie < 0%	5,50
Alcoolémie > 0,03%	2,01
Alcoolémie > 0,05%	1,20
Alcoolémie > 0,08%	0,56
Alcoolémie > 0,11%	0,43
Benzodiazépines seuil 3 ng/ml	3,64
Benzodiazépines seuil 5 ng/ml	2,60
Barbituriques seuil 100 ng/ml	0,53
Cannabinoïdes seuil 20 ng/ml	0,61
Cannabinoïdes seuil 20 ng/ml	0,70
Opiacés (Codéïne exclue) seuil 100 ng/ml	0,15
Amphétamines seuil 100 ng/ml	0,08
Cocaïne seuil 200 ng/ml	0,01

Il fallait 1,0 ml de salive supplémentaire pour vérifier ces résultats par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (CG-SM). Le taux d'alcool a été déterminé par la chromatographie en phase gazeuse sur 0,2 ml de l'échantillon.

Après que les résultats aient été ajustés afin de refléter une population de conducteurs représentative, les résultats positifs suivants ont été déterminés: benzodiazépines, 2,7 %; opiacés (y compris codéine, 0,7 %; cannabinoïdes, 0,6 %; barbituriques, 0,6 %; amphétamines, 0,08 %; cocaïne, 0,01 %. La présence d'alcool a été détectée dans 5,5 % des échantillons de salive (Tableau 9).

Mis à part l'alcool, les benzodiazépines sont les drogues que l'on rencontre le plus souvent. La prévalence de ces drogues était en fait semblable à celle de l'alcool lorsque le taux d'alcoolémie était supérieur à 0,03 %. Le cannabis s'est avéré être la drogue illicite utilisée le plus souvent. Il a été possible d'analyser la plupart des échantillons pour y rechercher plusieurs drogues. La présence de plusieurs drogues n'a pu être détectée que dans un seul échantillon (positif aux benzodiazépines et aux opiacés). Aucun des échantillons positifs aux benzodiazépines ou aux barbituriques n'a révélé la présence d'alcool. La recherche d'une association de drogues et d'alcool a donné les résultats suivants: cocaïne, 0 cas positifs à l'alcool sur deux; opiacés, 3 sur 9; cannabinoïdes, 2 sur 5; et amphétamines 1 sur 2.

Les auteurs parlent également de la concentration des différentes drogues décelées dans leur étude. Bien que les mesures de cette concentration ne donnent que de simples évaluations de l'activité psychotrope, ils apportent cependant des informations sur l'interprétation de ces résultats.

Les résultats des deux dernières études laissent percevoir d'importantes différences dans la prévalence des benzodiazépines associés à l'alcool. Dans l'étude allemande effectuée sur les routes, 3,64 % des échantillons de salive ont révélé la présence de benzodiazépines, mais aucun de ces échantillons n'était positif à l'alcool, tandis que dans l'étude de Möller, les benzodiazépines ont été détectées dans 36 cas (= 5,45 %),

dont 26 ont également révélé la présence d'alcool. Ces résultats illustrent le fait que la prévalence dans une population normale de conducteurs peut différer grandement de celle d'une population de conducteurs arrêtés parce que suspectés de conduire sous l'influence de l'alcool.

4.6. Hongrie

Les résultats de recherches permettant de présenter la prévalence de l'usage de drogues illicites chez les conducteurs de véhicules ne sont pas publiés de manière systématique en Hongrie. L'intérêt pour les drogues (autres que l'alcool) au volant est cependant bien présent (Nyiri, 1997).

4.7. Italie

Ferrera et al. (1990) ont mené une enquête importante de juillet 1978 à décembre 1988 auprès de 5 910 conducteurs blessés et de piétons hospitalisés à Padoue afin de déterminer l'usage de drogues parmi les conducteurs de véhicules. Les malades de moins de 14 ans, examinés deux heures après l'accident, pour lesquels on ne disposait pas d'échantillons d'urines ou de sang ou pour lesquels il n'était pas possible de procéder au dépistage complet de drogues ont été exclus de l'étude. L'étude comportait des échantillons d'urines et de salive de 4 350 conducteurs (3 002 hommes et 1 348 femmes) et 650 piétons (403 hommes et 247 femmes) qui ont servi à détecter 72 drogues différentes (anti-inflammatoires, antiépileptiques, barbituriques, benzodiazépines, méprobamate, méthaqualone, antidépresseurs tricycliques, phénotiazines, analgésiques, stupéfiants, stimulants, psychomimétiques et cannabinoïdes). Les techniques de dosage immuno-enzymatique (EMIT) ont été utilisées pour cette détection, tandis que les techniques de chromatographie (CLHP, CG/SM) ont permis de confirmer les résultats dans le sang. Toute concentration décelable de drogues psychotropes (y compris l'alcool) dans le plasma sanguin a été considérée comme positive, alors que dans les urines, le test était positif lorsque les concentrations étaient supérieures à 0,2 mg/l. Le groupe de contrôle de conducteurs non impliqués dans des accidents de la route était composé de 500 conducteurs qui n'étaient pas en infraction et recrutés à deux points de contrôle à Padoue chaque semaine, le vendredi entre 7 heures du soir et 0 h 30 pendant trois mois de 1981 à 1988.

Les résultats indiquent une prévalence totale de drogues dans le plasma et les urines pour respectivement 28,6 % et 40,7 % des cas (Tableau 10). La prévalence totale de la présence d'alcool était de 49,0 % et 53,3 % respectivement.

Les anti-inflammatoires (9,8 %) et les benzodiazépines (8,5 %) constituaient les drogues les plus fréquentes dans le plasma sanguin (Tableau 11). Pour 51 % des dosages d'alcoolémie, l'ordre de grandeur était faible (< 0,1 g/l), tandis que 31,8 % se situaient dans une fourchette allant de 0,1 à 0,5 g/l, et le reste au-dessus de 0,5 g/l. Dans le groupe de contrôle 85 % de ces dosages étaient inférieurs à 0,1 g/l et 7 % se situaient dans la fourchette comprise entre 0,1 et 0,5 g/l.

Tableau 10. Prévalence (%) de la présence d'alcool et de drogues dans le plasma et les urines

Substances	Plasma	Urine
Drogues seules	15,0	23,2
Alcool et drogues	13,6	17,5
Alcool seul	35,4	35,8
Prévalence totale des drogues	28,6	40,7
Prévalence totale de l'alcool	49,0	53,3
Ni alcool, ni drogues	36,0	23,5

Tableau 11. Drogues dans les échantillons sanguins de 5 000 personnes

Substances	Nombre	%
Anti-inflammatoires	490	9,8
Benzodiazépines	425	8,5
Barbituriques	170	3,4
Phénotiazines	150	3,0
Antidépresseurs-tricycliques	75	1,5
Antiépileptiques	60	1,2
Stupéfiants	25	0,5
Amphétamines/cocaïne	25	0,5
Méprobamate	10	0,2
Total	1 430	28,6

La drogue dont la présence a été décelée le plus fréquemment dans les urines a été le cannabis, dans 5,5 % de tous les cas. 3,5 % des cas ont révélé la présence de stupéfiants et 2,7 % celle de stimulants (n = 5 000). L'usage de drogues multiples figure parmi les résultats des analyses d'un sous-ensemble d'échantillons (Tableau 12).

Tableau 12. Usage de drogues multiples en tant que % des résultats positifs dans le plasma et les urines

Substance	Plasma (n=940; 18,8%)	Urine (n=1534; 30,7%)
Une drogue	11,6	13,2
drogue seule drogue et alcool	6,1 5,5	7,8 5,4
deux ou plusieurs drogues	7,2	17,4
drogues seules drogues et alcool	3,1 4,1	9,4 8,0

La prévalence de drogues psychoanaleptiques seules ou associées à l'alcool dans le sous groupe d'échantillons de plasma et d'urines est pratiquement la même. On observe l'usage d'un mélange de substances psychoanaleptiques un peu plus souvent lorsque l'on ne considère que les prélèvements d'urines. Si l'on prend en compte le plasma sanguin, l'usage d'une seule drogue est plus fréquent.

Les auteurs n'ont pas cherché à tirer des conclusions sur les possibilités de lien causal des différentes drogues, manifestement à cause des limites du groupe de contrôle (par exemple les échantillons rassemblés uniquement les vendredis soir).

L'étude présente la méthodologie et les résultats d'une enquête épidémiologique sur dix ans menée par l'université de Padoue. Elle offre un schéma permettant de présenter convenablement les données épidémiologiques afin de permettre des comparaisons entre les études effectuées par différentes équipes de chercheurs.

Zancaner et al. (1995) présentent un projet comportant une enquête sur les routes en 1994-95 afin de déceler l'usage de drogues parmi les conducteurs du nord-est de l'Italie. L'étude concernait 1 237 conducteurs, dont 265 suspectés de conduire sous l'influence de drogues. Les données ont été rassemblées avec l'aide de la police qui a arrêté les conducteurs le dimanche, entre 1 h et 7 h du matin en juillet, août et décembre 1994 ainsi qu'en janvier 1995 et leur a demandé de participer à cette étude. Mais le choix de la personne n'a pas été précisé. Les auteurs ont indiqué qu'un «dépistage clinique rapide» avait été effectué sur 1 537 automobilistes et que 309 d'entre eux avaient été soumis à une «vérification clinique et toxicologique complète». Ils ne précisent cependant pas ce que cela implique ni la manière dont ces conducteurs ont été sélectionnés. Sur ces 309 conducteurs, 14 ont refusé de se prêter à des prélèvements d'urines et de sang, les 295 autres ont été soumis à une recherche de drogues (94,2 % d'hommes et 5,8 % de femmes). 249 d'entre eux ont subi un prélèvement sanguin et 221 ont fourni des échantillons d'urines.

Les résultats indiquent que 51,4 % des conducteurs soumis à une vérification toxicologique complète avaient un taux d'alcoolémie mesurable et 30,9 % de l'ensemble de l'échantillon étaient en état d'ébriété selon les termes de la loi (TA > 0,8 g/l). L'étude conclut que 10,2 % (n = 30) de ces personnes conduisaient sous l'effet de substances psychoanaleptiques (Tableau 13).

La plupart des 30 conducteurs testés positifs aux drogues avaient utilisé soit du cannabis ou de la cocaïne, voire les deux. Le Tableau 14 présente leur consommation de drogues.

Les résultats de cette étude ne permettent pas de formuler des conclusions sur l'usage de drogues chez l'ensemble des conducteurs, par suite du manque de précisions sur la manière de sélectionner les échantillons. L'étude a manifestement été axée sur les conducteurs suspectés de conduire en état d'ivresse ou sous l'emprise de drogues et ne rend possibles les comparaisons que si les mêmes méthodes sont utilisées dans une étude de suivi faite dans la même région.

Tableau 13. Substances psychoanaleptiques dans les liquides physiologiques

Substances	**Nbre de personnes**
Cannabinoïdes	18
Cocaïne	9
Amphétamines	6
Opiacés	3
Benzodiazépines	1

Tableau 14. Absorption de substances psychoanaleptiques multiples

Substances	**Nbre de personnes**
Substances psychoanaleptiques sans alcool	30
Alcool et substances psychoanaleptiques	18
Deux substances psychoanaleptiques ou plus sans alcool	11
Alcool et deux substances psychoanaleptiques ou plus	6

Le projet décrit ci-dessus se poursuit probablement actuellement car un second rapport a été publié par Ferrara et al. en 1997. La période de rassemblement d'échantillons a été étendue pour inclure les mois d'août, septembre et décembre 1995. 2 779 conducteurs, dont 480 suspectés de conduire sous l'emprise de drogues, ont été soumis à un dépistage clinique rapide. Les résultats indiquent que 52,3 % des conducteurs soumis à une vérification toxicologique complète présentaient un taux d'alcoolémie mesurable, et que 31,7 % de tous les conducteurs testés étaient en état d'ivresse d'un point de vue légal (TA > 0,8 g/l).

L'étude a conclu que 11,7 % des personnes conduisaient sous l'emprise de substances psychoanaleptiques. Etant donné que les conducteurs ont été arrêtés le dimanche matin de bonne heure (entre 1 h et 7 h du matin) il était manifeste que de nombreux conducteurs sortaient de discothèques et autres lieux publics (environ 70 %). Il était clair que les stimulants étaient absorbés essentiellement par des conducteurs venant de discothèques, alors que le cannabis s'avéra être utilisé par des conducteurs venant d'endroits divers (Tableau 15).

Tableau 15. Usage de substances psychoanaleptiques selon les endroits fréquentés avant de prendre le volant

Lieu	Cannabinoïdes	Amphétamines	Cocaïne	Opiacés
Discothèque	15	6	6	2
Autre lieu public	11	0	3	2
Domicile	8	1	3	1
Autre	7	0	2	0
Total	41	7	14	5

4.8. Pays-Bas

La prévalence de l'usage de drogues et/ou d'alcool par les conducteurs les nuits de week-ends vient de faire l'objet d'une enquête aux Pays Bas (Mathijssen, 1998). En automne 1997 des tests ont été effectués sur les routes dans neuf zones de recherche sélectionnées (des villes réparties dans tout le pays), la nuit du vendredi ou du samedi entre 10 heures du soir et 4 heures du matin. Dans une zone (Amsterdam), les mesures ont été faites dans la nuit du vendredi et du samedi. L'étude visait surtout à mieux pénétrer les possibilités de détecter de façon fiable l'usage de drogues (associé à l'alcool ou non) chez les automobilistes. Les chercheurs s'intéressaient en particulier au cas des personnes refusant de répondre.

L'étude visait également à évaluer l'application pratique ainsi que la fiabilité des tests de détection rapide de drogues tels le Drugwipe-® pour détecter les amphétamines et les cannabinoïdes dans la sueur. Par la suite, des échantillons d'urines ont été analysés pour y déceler la présence d'amphétamines, de cannabinoïdes, de cocaïne, d'opiacés, de méthadone, de benzodiazépines, de barbituriques et d'antidépresseurs tricycliques par les systèmes Triage-® et Accusign-®. Des analyses de contrôle ont été faites par chromatographie en phase gazeuse/spectrométrie de masse (CG/SM) ou, pour les cannabinoïdes, par chromatographie en phase liquide à haute performance (CLHP-DAD).

402 automobilistes ont été invités par les forces de police à participer à cette étude. Parmi eux, 47 (11,7 %) ont refusé. Il n'a pas été possible d'obtenir des échantillons d'urines de 62 personnes (15,4 %), bien que l'on ait pu procéder à des analyses de sueur. Il n'a pas été possible de trouver des indications précises permettant de penser

que la manière dont ces personnes utilisaient les drogues différait de celle des personnes ayant pu donner des échantillons d'urines.

Les résultats de l'étude ont indiqué que 8,5 % des échantillons étaient positifs aux drogues autres que l'alcool (Tableau 16). Chez les conducteurs masculins âgés de 18 à 25 ans en particulier, on a noté une forte prévalence de l'usage de drogues illicites: 17,5 % de tests positifs. L'usage de cannabis figurait dans la majorité des cas.

Le Drugwipe-® pour la détection rapide d'amphétamines dans la sueur s'est avéré être un test très peu sensible: aucune des personnes dont les échantillons d'urines étaient positifs n'étaient positives à l'analyse de la sueur. Il n'a pas été possible de parvenir à des conclusions précises à partir des résultats du Drugwipe-® dans la détection des cannabinoïdes. Mais le Triage-® et Accusign-® sont apparus comme des tests de dépistage relativement fiables.

Ces résultats ne donnent pas un aperçu de la prévalence de l'usage de drogues parmi l'ensemble de la population de conducteurs de véhicules. L'étude néerlandaise inclut un sous groupe de conducteurs arrêtés sur les routes les nuits de week-ends. L'échantillon d'automobilistes est trop restreint pour conclure à la prévalence de la présence de drogues chez les conducteurs des nuits de week-ends. En outre, le taux de refus excède la prévalence totale, ce qui pourrait influer fortement sur les conclusions faites à partir de cette étude sur l'usage de drogues. Le nombre restreint de conducteurs testés positifs aux drogues illicites est probablement dû au choix des périodes au cours desquelles les conducteurs ont été arrêtés. A de telles périodes, ils tendent à être plus jeunes et, en général, ne suivent pas de traitement pour soigner l'anxiété, les troubles du sommeil ou la dépression.

Tableau 16. Prévalence de l'usage de drogues associées ou non à l'alcool dans 293 cas

Region	N (échantillon d'urines)	Nombre de cas positifs	% de positifs
Utrecht	22	1x benzodiazépines 1x cannabinoïdes + TA 1,53 g/l	9,1
Amsterdam	40	1x cannabinoïdes 1x cocaïne + TA 1,10 g/l 1x amphétamine + métamphétamine	7,5
Terneuzen	30	1x codéine 1x cannabinoïdes 1x cocaïne + cannabinoïdes	10,0
Oostburg	33	1x codéine 1x cannabinoïdes 1x amphétamines	12,1
Noordwijk	30	1x cannabinoïdes + TA 0,45 g/l	3,3
Rotterdam	34	3x cannabinoïdes 1x amphétamines + cannabinoïdes	11,8
Sittard	28	1x codéine + TA 0,47 g/l 1x cannabinoïdes 1x morphine	10,7
Kerkrade	36	3x cannabinoïdes 1x amphétamines + TA 0,28 g/l	11,1
Maastricht	40	1x cannabinoïdes	2,5
Total	293	24	8,5

4.9. Norvège

Dans une étude norvégienne publiée par Skurtveit et al. (1996), des échantillons sanguins prélevés sur 2 819 conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogues ont été recueillis(en tant que sous-ensemble d'un total de 8 429 échantillons) par l'Institut national de toxicologie légale en 1994 et analysés pour y détecter les drogues utilisées le plus couramment. On a procédé à cette analyse lorsque le taux d'alcoolémie était inférieur à 0,15 % (1,5 g/l). Les échantillons dont le taux était supérieur à 0,15 % n'ont été analysés pour y détecter d'autres drogues que l'alcool qu'après une demande expresse de la police. On a donc procédé à ces analyses sur 2 529 échantillons.
La recherche de cannabinoïdes, d'amphétamines, de benzodiazépines, d'opiacés, de cocaïne et de barbituriques s'est faite par des méthodes immunologiques. Les résultats positifs ont été contrôlés par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (GC/MS).

Les résultats indiquent qu'environ 47 % des conducteurs suspectés d'être en état d'ivresse présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à 0,15 %, soit trois fois plus que le taux légal de 0,5 g/l dans ce pays. Ce pourcentage était de 25 % pour les conducteurs sous l'emprise de drogues (Tableau 17).

59 % (n = 1 495) de l'ensemble des cas étaient positifs aux drogues. Pour 30 % (n = 753) la seule substance psychoanaleptique détectée a été l'alcool. Pour 11 % des cas, on n'a pu détecter ni alcool ni drogues. Les drogues détectées le plus souvent ont

été les benzodiazépines (n = 775; Diazépam, n = 577; Flunitrazépam, n = 198), les cannabinoïdes (n = 660), les amphétamines (n = 533), la morphine (n = 193) et la codéine (n = 104). La cocaïne n'a été détectée que dans un seul cas, tandis qu'on n'a pas pu détecter de méthylènedioxymétamphétamine (MDMA ou Ecstasy).

Les benzodiazépines se rencontraient fréquemment chez les conductrices tandis que les cannabinoïdes étaient moins souvent présents dans ce groupe, en comparaison des conducteurs masculins (Tableau 18).

Les auteurs ont insisté sur le fait qu'au cours de la dernière décennie le nombre de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues a triplé en Norvège. La plus forte augmentation depuis 1990 concerne les amphétamines (plus de 145 %). Les auteurs ont indiqué par ailleurs que les cas de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues sont plus fréquents en Norvège que dans les autres pays nordiques. Le coefficient de fréquence varie de 3,9 (Finlande) à 8,2 (Danemark). On ne sait pas si une telle affirmation peut être généralisée, car la méthode de sélection des échantillons de la police et la législation routière ne sont peut être pas les mêmes dans les différents pays nordiques.

Tableau 17. Taux d'alcoolémie des conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool et de drogues

Taux d'alcoolémie g/l	**Suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool**	**Suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool**
	Nombre (%)	Nombre (%)
0,0 - 0,5	767 (13,7)	1575 (55,9)
0,5 - 1,5	2229 (39,7)	538 (19,1)
> 1,5	2614 (48,6)	706 (25,0)
Total	5610 (100)	2819 (100)

Tableau 18. Répartition de drogues autres que l'alcool chez 267 conductrices et 2 262 conducteurs

Substance	**Nombre de cas positifs (f)**	**Pourcentage (f)**	**Nombre de cas positifs (m)**	**Pourcentage (m)**	**Interprétation p<**
Benzodiazépine	103	38,6	672	29,7	0,005
Cannabinoïdes	47	17,6	613	27,1	0,001
Amphétamines	50	18,7	483	21,4	NS
Morphine	28	10,5	165	7,3	NS

f = femmes, m = hommes

Cette explication a également été suggérée par les auteurs, car les études épidémiologiques ont révélé que la prévalence de drogues autres que l'alcool dans les accidents mortels survenus en Norvège était semblable à celle des autres pays.

Le fait que les forces de police s'attachent davantage à détecter ces problèmes pourrait être une explication possible de la forte prévalence apparente de la conduite sous l'effet de drogues en Norvège. Dans certains pays il n'existe pas de législation permettant de contrôler les conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues aussi facilement que ceux sous l'effet de l'alcool. Les résultats indiquent par ailleurs

une forte prévalence de l'usage de benzodiazépines parmi les automobilistes conduisant après avoir pris des drogues. On ne sait pas comment l'usage de ces drogues a évolué au cours des dernières années pour l'ensemble de la population.

Christophersen et Mørland (1997) ont publié une mise à jour de ces données norvégiennes. Ils indiquent une augmentation du nombre total de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues autres que l'alcool, de 33 % en 1994 à environ 40 % en 1995. On a enregistré la plus forte augmentation pour les cannabinoïdes et les amphétamines, cette dernière catégorie ayant augmenté de 216 cas en 1991 à 937 cas en 1995 (plus de 300 %). D'autres résultats sont intéressants pour l'évolution des tendances dans l'usage abusif de drogues. On a pu observer un mauvais usage de clonazépam (médicament utilisé pour le traitement de l'épilepsie) parmi les conducteurs, souvent en association avec d'autres drogues et/ou dans des concentrations supérieures aux concentrations thérapeutiques. Seuls 3 % (n = 3) des échantillons testés positifs au clonazépam (n = 91) ont pu être imputés à un traitement médical. Une étude plus précise des échantillons analysés en 1995 a révélé que les benzodiazépines n'étaient souvent pas utilisées conformément aux normes thérapeutiques recommandées. Selon l'interprétation des taux relevés dans le sang faite par les auteurs, seuls 5 % des cas positifs aux benzodiazépines représenteraient un usage thérapeutique normal. On a décelé une corrélation entre le nombre de prescriptions de benzodiazépines dans les différentes provinces et la fréquence de benzodiazépines détectées dans les échantillons sanguins de conducteurs sous l'effet de drogues (Skurtveit et al. 1995). Les pratiques normales de prescription et de vente sont donc responsables de l'usage de ces drogues par les conducteurs.

Cherchant à évaluer la prévalence de drogues chez les conducteurs blessés dans des accidents de la route en Norvège, Christophersen et al (1995) ont analysé les échantillons sanguins de conducteurs impliqués dans des accidents non mortels. L'étude comprenait tous les prélèvements sanguins de conducteurs blessés (n = 394) reçus par l'Institut norvégien de toxicologie légale pendant cinq mois (d'août à décembre 1993). Les échantillons ont été analysés par les méthodes décrites plus haut pour y détecter la présence d'alcool et de drogues, sans tenir compte des premiers soupçons de la police. Le nombre total d'échantillons sanguins comprenait 206 conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool et 188 conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogues autres que l'alcool.

L'alcool seul, les drogues seules et l'association de drogues et d'alcool ont été détectés dans 51,8 % (n = 204), 12,9 % (n = 51) et 11,2 % (n = 44) des cas respectivement. Mis à part l'alcool, les drogues ayant la plus forte prévalence étaient les benzodiazépines (13,7 %), les cannabinoïdes (7,5 %) et les amphétamines (4,1 %). Le nombre de cas positifs et l'usage de drogues multiples sont présentés dans les Tableaux 19 et 20.

Tous les échantillons présentant un taux d'alcoolémie de plus de 0,01 % ont été considérés positifs. La présence d'alcool a été décelée avec une prévalence de plus de 50 % chez les conducteurs victimes d'accidents. On a également décelé la présence d'alcool dans 46 % des échantillons positifs aux drogues autres que l'alcool. Parmi les cas positifs aux drogues, 36 % ont révélé la présence de plus d'une drogue (alcool non compris). Le taux d'alcoolémie dans les échantillons positifs à l'alcool et les échantillons positifs aux drogues et à l'alcool n'était pas sensiblement différent ($p < 0,05$, $X2$ test) Ces résultats indiquent que la consommation d'alcool chez les conducteurs associant alcool et drogues, est semblable à celle des conducteurs ne consommant que de l'alcool. Les données norvégiennes présentées par Chrostophersen et al. seront vraisemblablement modestes en ce qui concerne l'ensemble des conducteurs victimes d'accidents, car les échantillons utilisés pour

l'étude ne l'ont été qu'après que les forces de police aient suspecté la présence de drogues ou d'alcool.

Dans leurs remarques finales Christophersen et Mørland (1997) soulignent que les autorités norvégiennes ont décidé que tous les prélèvements sanguins de conducteurs suspectés par la police de conduire sous l'effet de drogues ou d'alcool seront analysés pour y détecter ces substances, indépendamment des soupçons que la police ait pu avoir au départ. Ce nouveau processus a pris effet en octobre 1996.

Tableau 19. Usage d'alcool et de drogues parmi les conducteurs blessés (n = 394)

Substance	**Nombre de cas (%)**
Ni alcool, ni drogues	95 (24,1)
Alcool seul	204 (51,8)
Drogues seules	51 (12,9)
Alcool et drogues	44 (11,2)
Alcool - Total	248 (62,9)
Drogues - total	95 (24,1)
Drogues et alcool - total	299 (75,9)

Tableau 20. Usage d'une seule drogue ou de plusieurs drogues ou de drogues multiples parmi les conducteurs blessés (n = 394)

Substances	**Nombre de cas (%)**
Benzodiazépines seules	12 (3,1)
Benzodiazépines seules ou associées à d'autres drogues	28 (7,4)
Benzodiazépines - total	54 (13,7)
Cannabinoïdes seuls	5 (1,3)
Cannabinoïdes seuls ou associés à d'autres drogues	15 (3,8)
Cannabinoïdes - total	30 (7,6)
Amphétamines seules	6 (1,5)
Amphétamines seules ou associées à d'autres drogues	13 (3,3)
Amphétamines - total	16 (4,1)
Opiacés seuls	5 (1,3)
Opiacés seuls ou associés à d'autres drogues	13 (3,3)
Opiacés - total	17 (4,3)

4.10. Espagne

Une enquête sur la population de conducteurs de véhicules menée par l'université de Valladolid et l'Office national de la circulation a révélé que 5 % des conducteurs espagnols prennent régulièrement (au moins pendant un mois) des médicaments qui réduisent leurs capacités à conduire un véhicule (del Rio & Alvarez, 1996). Le descriptif officiel des caractéristiques du produit et la notice jointe au produit indiquent que ces médicaments altèrent la vigilance des conducteurs. Cette même étude révèle, en outre, que 3 % des conducteurs concernés avouent conduire après avoir pris des drogues illicites (Del Rio & Alvarez, 1995).

La prévalence de drogues licites et illicites chez les conducteurs victimes d'accidents mortels a été étudiée dans deux études distinctes entreprises avec le soutien de l'office national de la circulation (Alvarez et al., 1997).

La première étude a été dirigée par l'université de Valladolid. Entre janvier 1994 et 1996, un total de 322 prélèvements sanguins ont été effectués chez des conducteurs tués dans des accidents de la route. Les auteurs n'ont pas précisé quels ont été les modes de sélection. Ils ont néanmoins expliqué qu'ils étaient liés aux besoins de la recherche et non à des objectifs juridiques.

Dans 37 cas, les analyses n'ont pu être faites (la raison n'a pas été mentionnée), de sorte que l'échantillon final comportait 285 spécimens (255 hommes et 30 femmes). La répartition par âge était la suivante: 33,7 % (n = 96) entre 16 et 25 ans, 43,3 % (n = 129) entre 26 et 45 ans, et 21,0 % (n = 60) de plus de 45 ans. La moyenne d'âge (± écart type) était de 34,1 ± 13,2, à savoir 33,9 ± 13,1 pour les hommes et 36,0 ± 14,7 pour les femmes. La plupart des accidents se sont produit pendant le week-end (60,3 %) mais 39,6 % des conducteurs ont trouvé la mort les jours de semaine (du lundi au vendredi). Une recherche d'alcool a été effectuée sur les échantillons sanguins par chromatographie en phase gazeuse. La recherche de drogues autres que l'alcool a été faite par des techniques de dosage immuno-enzymatique ou par chromatographie. Les résultats positifs ont été vérifiés et analysés pour une évaluation quantitative par chromatographie en phase gazeuse / spectrométrie de masse (CG/SM), chromatographie en phase liquide à haute performance ou chromatographie en phase gazeuse.

Dans la seconde étude, 979 prélèvements ont été effectués par des médecins légistes sur des conducteurs tués dans des accidents de la route et suspectés par la police d'avoir été sous l'effet de drogues ou d'alcool et envoyés au centre national de toxicologie de Madrid. Ces prélèvements provenaient de 887 conducteurs de sexe masculin et de 86 conductrices (dans six cas, le sexe n'était pas connu). La moyenne d'âge des conducteurs victimes d'accidents mortels était de 35 ans. Dans 42 % des cas les accidents s'étaient produits durant le week-end (samedi et dimanche). Les méthodes d'analyse étaient les mêmes que celles décrites pour la première étude. Les analyses statistiques ont été faites dans les deux études au moyen de SAS (version 6.7) et on a estimé que les valeurs de $p < 0,05$ présentaient des différences sensibles.

Le Tableau 21 résume la prévalence de la présence d'alcool, de drogues licites et illicites chez les conducteurs victimes d'accidents mortels pour les deux études. Le Tableau 22 indique les différents types de drogues illicites détectées dans les échantillons.

La présence d'alcool a été détectée chez plus de la moitié des conducteurs victimes d'accidents mortels. L'association de drogues illicites et d'alcool a été détectée plus fréquemment que le mélange de médicaments et d'alcool.

Tableau 21. Prévalence de l'usage d'alcool et de drogue chez les conducteurs victimes d'accidents mortels

Substances	**Etude 1 (n=285) Nombre de cas (%)**	**Etude 2 (n =979) Nombre de cas (%)**
Alcool seul	126 (44,2)	434 (44,3)
Alcool associé à d'autres substances	18 (6,3)	68 (6,9)
Alcoolémie de 0,01 - 0,79 g/l	43 (15,1)	136 (13,9)
Alcoolémie > 0,8 g/l	101 (35,4)	366 (37,4)
Médicaments seuls	12 (4,2)	31 (3,9)
Médicaments et alcool	4 (1,4)	23 (2,3)
Médicaments et drogues illicites	8 (2,8)	16 (1,6)
Médicaments, alcool et drogues illicites	2 (0,7)	4 (0,4)
Drogues illicites seules	7 (2,5)	20 (2,0)
Drogues illicites et alcool	12 (4,2)	41 (4,1)
Médicaments - total	26 (9,1)	74 (7,5)
Drogues illicites - total	29 (10,2)	81 (8,3)
N'importe quelle substance - total	45 (15,8)	135 (13,8)
Aucune substance détectée	114 (40,0)	410 (41,6)

Tableau 22. Différentes drogues illicites détectées chez les conducteurs victimes d'accidents mortels

Substances	**Etude 1 (n=285) Nombre de cas (%)**	**Etude 2 (n=979) Nombre de cas (%)**
N'importe quelle drogue illicite	46 (100,0)	109 (100,0)
Amphétamine	4 (8,7)	9 (8,3)
Cocaïne	21 (45,6)	49 (44,9)
Cannabinoïdes	4 (8,7)	15 (13,8)
Opiacés	14 (30,4)	30 (27,5)
Autres	3 (6,5)	6 (5,5)

La cocaïne et les opiacés ont été détectés le plus fréquemment chez les conducteurs victimes d'accidents mortels. Les données les plus récentes sur la prévalence de drogues autres que l'alcool chez les conducteurs victimes d'accidents mortels figurent au Tableau 23. Ces données viennent en complément de la deuxième étude pour l'année 1996 (Sancho, 1997). 383 échantillons au total ont été envoyés au centre national de toxicologie, contre 279 en 1995, soit une augmentation de 37 %. Ceux-ci ont été obtenus de médecins légistes de dix régions différentes du pays. La majorité d'entre eux ont été prélevés sur des conducteurs masculins (90,6 %) et plus de la moitié d'entre eux ont été recueillis pendant le week-end ou les vacances (52 %). La recherche d'alcool a été positive (> 0,2 g/l) dans 186 échantillons sanguins (48,5 %); pour 35 % de ces cas positifs, le taux d'alcoolémie était supérieur à 0,8 g/l.

Tableau 23. Prévalence de l'usage de drogues licites et illicite, associées ou non a l'alcool, chez les conducteurs victimes d'accidents mortels (1996)

Substances	**Nombre de cas positifs avec alcool**	**Nombre de cas positifs sans alcool**
Médicaments:	11	11
Benzodiazépines	(5)	(4)
Antidépresseurs	(0)	(4)
Barbituriques/antiépileptiques	(4)	(2)
Analgésiques	(1)	(1)
Antiémétiques	(1)	(0)
Drogues illicites	23	12
Cocaïne	(14)	(10)
Cannabinoïdes	(7)	(2)
Amphétamines	(7)	(2)
Benzodiazépines	(2)	(4)
Héroïne	(2)	(5)
Usage de drogues multiples	7	11
Cocaïne, cannabinoïdes	(1)	(1)
Cocaïne, amphétamines	(3)	(1)
Cocaïne, benzodiazépines, héroïne	(2)	(0)
Amphétamines, cannabinoïdes	(1)	(1)
	(0)	(1)
Benzodiazépines, héroïne	(0)	(3)
Benzodiazépines, cocaïne	(0)	(4)
Héroïne, Cocaïne		

Bien que le nombre de cas positifs soit trop faible pour parvenir à des conclusions, il est manifeste que la tendance que l'on a noté au cours des années précédentes se poursuit. La cocaïne est la drogue illicite que l'on détecte le plus souvent, alors que l'usage de drogues illicites associées à l'alcool est plus courant que le même usage sans alcool.

La relation de ces données à la prévalence de l'usage de drogues en Espagne reste obscure, car les cas sont sélectionnés par les médecins légistes, comme le sont les échantillons sanguins, et les méthodes de sélection ne sont pas connues. Cependant, les données sont rassemblées et analysées depuis cinq ans par ces procédures et ces méthodes et peuvent donner un aperçu valable des tendances en matière d'utilisation de drogues licites et illicites chez les conducteurs espagnols victimes d'accidents mortels.

4.11. Suède

Un certain nombre d'études sur la prévalence de la présence de drogues autres que l'alcool ont été effectuées dans les années 1970 et au début des années 1980. Une étude suédoise datant de la fin des années 1970 a indiqué que la présence de drogues avait été décelée chez 4 % des victimes d'accidents de la route (occupants de voitures, piétons et cyclistes) soignées dans un service hospitalier d'urgence (Jacobson et al., 1983). Une autre étude menée dans le sud du pays à la fin des années 1970 a prouvé que 32 % des conducteurs victimes d'accidents mortels avaient absorbé des drogues et/ou de l'alcool (Krantz et Wannerberg, 1981). Une étude plus récente a été entreprise par Sjögren et al. (1997a) afin de déterminer la prévalence de l'usage de drogues et d'alcool chez les conducteurs de véhicules. Des conducteurs blessés dans des

accidents (n = 130; 104 hommes et 26 femmes) hospitalisés à Umeå (Suède du nord) et des conducteurs victimes d'accidents mortels ayant fait l'objet d'une autopsie (à Umeå: n = 111: 91 hommes, 20 femmes et à Gothenburg, Suède de l'ouest: n = 136: 104 hommes, 32 femmes) de mai 1991 à décembre 1993 ont été soumis à des analyses destinées à détecter la présence d'alcool ainsi que de drogues licites et illicites. Parce que la législation suédoise recommande fortement que les forces de police demandent une autopsie pour tous les conducteurs victimes d'accidents mortels, presque toutes les victimes de tels accidents font l'objet d'une autopsie en Suède. Comme les statistiques officielles suédoises concernant l'usage de drogues et d'alcool par les personnes blessées dans des accidents de la route reposent sur l'appréciation par la police du degré d'ébriété, les auteurs ont également comparé le taux de détection par la police en les confrontant aux résultats des analyses de sang. Les échantillons sanguins ont été contrôlés pour y déceler la présence d'alcool, de drogues licites (y compris toutes les drogues officiellement considérées en Suède comme dangereuses pour la conduite, par exemple les benzodiazépines et les barbituriques) et les drogues illicites telles les amphétamines, l'héroïne, la cocaïne et les cannabinoïdes. Pour 19 % des conducteurs hospitalisés à Umeå (CHUs), 28 % des conducteurs d'Umeå mortellement blessés (CUMBs) et 21 % des conducteurs de Gothenburg mortellement blessés (CGMBs), les analyses ont révélé la présence de drogues et/ou d'alcool (Tableau 24). Pour 10 % des CHUs, 8 % des CUMBs et 6 % des CGMBs, les analyses ont permis de détecter la présence de drogues. Pour près de 5 % des CHUs on a pu détecter la présence de drogues illicites, et pour 5 % la présence de drogues licites. Les drogues illicites ont été détectées chez 3 % seulement des CGMBs alors qu'elles étaient absentes chez les CUMBs. 12 % des CHUs, 24 % des CUMBs et 17 % des CGMBs ont été testés positifs à l'alcool. L'association de drogues et d'alcool a été décelée chez 2 % des CHUs, 6 % des CUMBs et 2 % des CGMBs (Sjögren et al., 1997b).

Les drogues licites utilisées le plus fréquemment par les CHUs étaient les benzodiazépines (Tableau 25). 5 % des CHUs ont révélé la présence d'opiacés tels la codéine, le dextropropoxyphène et la morphine. Ces drogues se rencontraient moins souvent chez les CGMBs. Le cannabis constituait la drogue illicite la plus fréquente, suivie par les amphétamines.

Tableau 24. Prévalence de l'usage de drogues / alcool parmi les conducteurs victimes d'accidents (mortels)

Substance	**CHUs; n = 130 %**	**CUMBs; n = 111 %**	**CGMBs; n = 136 %**
Drogues	10 (8)	2 (2)	6 (4)
Alcool	13 (10)	21 (19)	20 (15)
Drogues + alcool	2 (2)	6 (6)	3 (2)
Données absentes	5 (4)	-	-
Tests négatifs	100 (77)	82 (74)	107 (79)

Tableau 25. Drogues décelées chez les conducteurs victimes d'accidents (mortels)

Substance	CHUs; n = 130 %	CUMBs; n = 111 %	CGMBs; n = 136 %
Benzodiazépines	8 (6)	3 (3)	4 (3)
Opiacés	6 (5)	5 (5)	3 (2)
Cannabinoïdes	4 (3)	-	3 (2)
Amphétamines	3 (2)	-	-
Barbituriques	2 (2)	1 (1)	-
Antiépileptiques	2 (2)	-	-
Relaxants musculaires	-	2 (2)	3 (2)
Sédatifs	-	1 (1)	3 (2)

Les conducteurs présentant des tests positifs aux drogues et/ou à l'alcool risquaient davantage de se trouver impliqués dans des accidents ne concernant que leur propre véhicule que ceux dont les contrôles étaient négatifs ($p < 0,0005$).

Le cinquième des conducteurs blessés et hospitalisés avaient absorbé des drogues et/ou de l'alcool. Il n'existe pas d'autres comptes rendus de ce genre en Suède. Les chiffres de ce rapport concernant les victimes d'accidents mortels (26 % pour le nord du pays et 21 % dans l'ouest) sont inférieurs à ceux de l'étude de la fin des années 1970 (32 %). Les auteurs indiquent que cette différence peut être due à une modification de la consommation de drogues et/ou d'alcool au cours des deux dernières décennies ou à des variations géographiques dans l'utilisation de ces substances dans différentes régions du pays ou encore à une combinaison de ces deux facteurs.

Les résultats des analyses de sang ont été comparés aux rapports de police sur l'intoxication par l'alcool et/ou les drogues dans la seconde étude (Sjögren et al., 1997b). La police suspectait cette intoxication chez 13% des conducteurs blessés et hospitalisés, alors que les analyses de sang ont révélé la présence de drogues et/ou d'alcool dans 18 % des cas. Ces chiffres étaient de 7 % et 23 % respectivement chez les conducteurs victimes d'accidents mortels. L'échantillon était trop peu important et trop restreint pour être représentatif de l'ensemble de la population suédoise. Mais les résultats constituent des indicateurs importants de la disparité entre l'appréciation de l'intoxication par la police et les analyses de sang. Les auteurs concluent donc que les statistiques officielles concernant ces prévalences doivent se fonder uniquement sur les analyses de sang. Une découverte finale d'importance a été l'absence de dossiers concernant 17 % des conducteurs hospitalisés. La raison la plus plausible en est que l'accident n'a pas été signalé à la police. On estime qu'en Suède, seuls 51 % des accidents dans lesquels les conducteurs sont blessés sont signalés à la police. (Statistiques officielles de la Suède. Accidents de la circulation, 1992).

4.12. Suisse

L'étude d'Augsburger et Rivier (1997) avait pour but d'étudier la nature des drogues utilisées par les conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues (CSID) dans le canton de Vaud sur une période de 13 ans, de 1982 à 1994. Dans une évaluation rétrospective 641 cas ont été sélectionnés selon les critères suivants: conducteurs encore en vie 24 heures après l'accident, âgés de plus de 18 ans, possibilité de se procurer des échantillons (urines et/ou sang) permettant des analyses et possibilité de rassembler des informations sur la conduite sous l'influence de

drogues CSID. Les méthodes d'analyse n'ont pas été modifiées pendant les 13 années de l'étude et comportaient plusieurs tests de détection immunologique et différentes méthodes de chromatographie en phase gazeuse afin de vérifier la présence de différentes drogues. Plusieurs drogues de dépendance figuraient parmi les drogues incluses dans la détection analytique, telles les amphétamines, les cannabinoïdes, la cocaïne, le LSD-25, les opiacés et les drogues médicinales tels les antiépileptiques, les barbituriques, les benzodiazépines, les phénothiazines et les antidépresseurs tricycliques. Les contrôles de police (273 sur 641, 42,6 %) et les accidents (254 sur 641, 39,6 %) constituaient les situations les plus fréquentes réclamant des analyses toxicologiques. La conduite mal assurée était une cause moins fréquente (95 sur 641, 14,8 %) tandis que pour les autres cas, les circonstances n'étaient pas mentionnées. L'échantillon était composé de 551 hommes (86 %) et de 90 femmes (14 %) et l'âge moyen était de 27 ± 7 ans (âge compris entre 18 et 74 ans).

L'absence de drogues (y compris l'alcool) a été constatée pour 46 cas seulement (7,2 %), jugés positifs à tort par les forces de police. Parmi ces cas, 27 (58,7 %) concernaient des personnes accidentées, des situations pour lesquelles il est difficile d'établir l'influence de drogues par suite d'un état de choc ou de blessures. La prévalence de la présence de drogues dans les urines ou les échantillons sanguins des 641 conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues est indiquée au Tableau 26.

Les drogues licites les plus fréquentes étaient les benzodiazépines. La méthadone et le méthaqualone n'ont jamais été rencontrés seuls. La méthadone est fréquemment utilisée comme substitut de l'héroïne dans une thérapie de substitution chez les anciens toxicomanes, mais cette drogue est également utilisée illégalement. En médecine, la méthadone est souvent prescrite en association avec les benzodiazépines. Le méthaqualone est commercialisé dans une préparation l'associant à la diphenhydramine.

Tableau 26. Prévalence de l'usage de drogues chez 641 conducteurs suspectés de conduire sous influence de drogues

Substance	**Nombre de cas positifs (%)**
Alcool seul	50 (7,8)
Drogues seules	365 (56,9)
Alcool et drogues	180 (28,1)
Alcool - total	230 (35,9)
Drogues - total	545 (85,0)
Cannabinoïdes	(57,3)
Opiacés	(36,3)
Benzodiazépines	(14,8)
Cocaïne	(10,5)
Méthadone	(10,3)
Amphétamines, méthaqualone, autres	(< 5%)

Tableau 27. Prévalence de l'usage de drogues multiples dans 641 cas

Usage multiple	Nombre de cas positifs (%)
Cannabinoïdes + alcool	132 (20,6)
Cannabinoïdes + opiacés	123 (19,2)
Opiacés + méthadone	50 (7,8)
Opiacés + cocaïne	46 (7,2)
Opiacés + alcool	45 (7,0)
Opiacés + benzodiazépines	44 (6,9)
Cannabinoïdes + benzodiazépines	35 (5,5)
Cannabinoïdes + cocaïne	32 (5,0)
Cannabinoïdes + méthadone	30 (4,7)
Benzodiazépines + alcool	26 (4,1)

Des mélanges de drogues ont été décelés le plus souvent avec les cannabinoïdes (132 cas en association avec de l'alcool et 123 cas avec des opiacés), tous deux rencontrés chez 20 % des conducteurs environ suspectés de conduire sous l'effet de drogues. L'usage de drogues multiples est présenté dans le Tableau 27.

On a noté une forte augmentation du nombre de cas positifs aux amphétamines. Si, entre 1982 et 1989 un seul cas avait été décelé, huit cas ont été détectés entre 1990 et 1992 et 18 cas entre 1993 et 1994.

Les auteurs utilisent ces résultats pour insister sur les dangers de mélanges de drogues. L'usage du cannabis sans autre drogue semble moins fréquent, puisque 70,3 % des tests positifs aux cannabinoïdes révélent aussi une autre drogue au moins, et 36 % des tests positifs aux cannabinoïdes révèlent également de l'alcool. Les auteurs insistent sur le fait que les effets nocifs dus à l'interaction de drogues sur la vigilance au volant n'ont pas encore été suffisamment étudiés pour permettre une interprétation simple des résultats par les experts en toxicologie. Ils suggèrent l'élaboration de programmes éducatifs afin de dissuader les automobilistes de conduire après avoir absorbé une quantité excessive de plusieurs drogues.

Dans une étude de Staub et al.,(1994), la prévalence de drogues psychotropes chez 383 conducteurs responsables d'accidents de la route ayant également absorbé de l'alcool a été étudiée dans le canton de Genève. Pendant la période allant du 1er novembre 1990 au 31 octobre 1991, la police a demandé des analyses de sang dans 476 cas (sur un total de 4 592 accidents de la circulation). Seuls les cas où le conducteur était responsable de l'accident ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen des conducteurs faisant partie de cette étude était de 36 ans (de 18 à 72 ans). 88 % des échantillons ont révélé un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal de 0,8 g/l, tandis que pour environ la moitié d'entre eux (51,2 %) , ce taux se situait entre 1,0 et 2,0 g/l. Dans 58 % de tous les cas (n = 222) les accidents s'étaient produits entre 8 heures du soir et 4 heures du matin. Parmi les drogues comprises dans la détection analytique figuraient plusieurs drogues entraînant une dépendance, telles les amphétamines, les cannabinoïdes, la cocaïne, les opiacés ainsi que des drogues médicinales, tels les barbituriques, les benzodiazépines, la méthadone et les antidépresseurs tricylciques. Les échantillons sanguins ont d'abord été analysés en utilisant l'automate ADx d'Abbott (un dosage immuno-enzymatique par polarisation de fluorescence). Pour détecter les benzodiazépines la technique immunologique mise au point par la DPC (Diagnostic Product Corporation) a été utilisée afin de parvenir à une plus grande sensibilité. Différentes techniques et détecteurs chromatographiques ainsi que la chromatographie en phase gazeuse / la spectrométrie de masse (CG/SM) ont

été utilisées pour confirmer les résultats positifs obtenus par la technique de dosage immuno-enzymatique. La prévalence de drogues psychotropes dans les 383 cas figure au Tableau 28.

L'usage de drogues multiples a été observé dans 20 % des cas testés positifs aux drogues. Les drogues décelées le plus fréquemment dans les échantillons sanguins des conducteurs étaient les benzodiazépines et les cannabinoïdes. Une comparaison des utilisateurs de ces deux drogues a indiqué que pour 21 % des cas positifs aux benzodiazépines on ne décelait pas de présence d'alcool alors que ce n'était le cas que pour 11 % des cas positifs aux cannabinoïdes. L'âge moyen des conducteurs utilisant des benzodiazépines était de 41 ans, et 18 % d'entre eux avaient plus de 55 ans. Dans cette tranche d'âge, aucun cas positif aux cannabinoïdes n'a pu être décelé, alors que l'âge moyen des utilisateurs de cannabinoïdes était de 32 ans.

Pour les cas positifs aux benzodiazépines, l'heure de l'accident se situait entre 12 et 16 heures, tandis que 40 % des accidents survenus à des personnes testées positives aux cannabinoïdes avaient eu lieu entre 24 heures et 4 heures du matin. Ces résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble des conducteurs utilisant des drogues psychotropes, mais ils précisent les différents types d'utilisateurs de drogues parmi les conducteurs responsables d'accidents de voiture après avoir consommé de l'alcool.

Dans une étude dirigée par l'Institut de Médecine légale de Zurich (Canton de Zurich) tous les cas de conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool qui lui avaient été soumis entre 1989 et 1991 ont été utilisés pour des analyses médicales et toxicologiques (Friedrich Koch et Iten, 1994). Les échantillons de sang et d'urines ont été contrôlés par divers dosages immuno-enzymatiques (RIA et EMIT) pour y détecter les opiacés, la cocaïne, les cannabinoïdes, la méthadone, les benzodiazépines, les barbituriques et les amphétamines. Différentes techniques et détecteurs chromatographiques ainsi que la chromatographie en phase gazeuse/ la spectrométrie de masse (CG/SM) ont été employées pour vérifier les résultats positifs obtenus par dosage immuno-enzymatique. Dans 160 cas sur les 243 étudiés (65,8 %), la présence d'au moins une substance pouvant affecter la conduite automobile a pu être vérifiée dans le sang (ou les urines pour le cannabis). Sur ces 160 cas testés positifs aux drogues, 105 l'avaient été à la suite d'un accident et 55 après des contrôles de police, tandis qu'un tiers provenait de simples contrôles de routine. Seuls 137 cas sur les 160 ont permis de procéder à des évaluations médicales et toxicologiques complètes et ont été inclus dans les analyses finales. La plupart des conducteurs étaient des hommes (87,5 %). Le groupe le plus important était âgé de 20 à 29 ans (67,5 %), suivi par celui des conducteurs de 30 à 39 ans (18,1 %). La plupart des conducteurs appartenaient à ce que l'on nomme le «milieu de la drogue («Drogenszene»)». La prévalence de drogues dans le sang et les urines de ces 137 cas figure au Tableau 29.

Tableau 28. Prévalence de cas testés positifs aux drogues chez 383 conducteurs responsables d'accidents de la circulation

Substance	Nombre de cas positifs (%)
Alcool seul	285 (74,4)
Alcool + drogues	70 (18,3)
Drogues seules	15 (4,0)
Benzodiazépines	52 (13,6)
Cannabinoïdes	31 (8,9)
Barbituriques	11 (2,9)
Opiacés	5 (1,3)
Antidépresseurs tricycliques	2 (0,5)
Cocaïne	2 (0,5)
Méthadone	2 (0,5)
Amphétamines	1 (0,3)

Tableau 29. Prévalence de drogues chez 137 conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool

Substance	Nombre de cas positifs (%)
Cannabinoïdes	64 (46,7)
Opiacés	58 (42,3)
Benzodiazépines	54 (39,4)
Cocaïne	38 (27,7)
Alcool	30 (21,9)
Méthadone	7 (5,1)
Codéine	3 (2,2)
Phénobarbitol	2 (1,5)
Clométhiazol	1 (0,7)

Le Flunitrazépam (un hypnotique très connu en tant que drogue entraînant une dépendance) a été détecté dans 35 cas positifs aux benzodiazépines sur 54 (64,8 %).

En observant la manière dont les conducteurs concernés par cette étude utilisaient les drogues, on a pu constater que les deux tiers d'entre eux (62 %) avaient recours à plusieurs drogues. Une seule substance n'a pu être détectée que pour 38 % des cas testés positifs aux drogues.(Tableau 30).

Les associations de drogues les plus fréquentes concernent toutes les mélanges drogues/alcool (30x), cannabis/alcool (12x), opiacés/cannabis (9x), opiacés/cocaïne (7x), benzodiazépines/cannabis (7x). L'usage de cannabis associé à l'alcool a été décelé plus fréquemment que celui de toute autre drogue licite ou illicite. Les résultats de cette étude donnent une estimation de la présence de drogues chez les conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogues autres que l'alcool dans le canton de Zurich. Les pourcentages indiqués sont vraisemblablement modestes pour l'ensemble des conducteurs par suite de la manière dont les échantillons ont été inclus dans cette étude, c'est -à-dire après que la police ait suspecté la prise de drogues, en particulier en cas d'accident.

Tableau 30. Usage de drogues multiples dans 137 cas testés positifs aux drogues

Usage de drogues multiples	Nombre de cas positifs (%)
Une drogue	52 (38,0)
Deux drogues	55 (40,1)
Trois drogues	25 (18,2)
Quatre drogues	5 (3,6)

4.13. Royaume-Uni

Une enquête effectuée par le département de la sécurité routière du Ministère de l'environnement, des transports et des régions, donne les résultats concernant les accidents mortels survenus à 619 automobilistes au cours des 15 premiers mois (jusqu'au 7 janvier 1998) d'une étude sur trois ans portant sur l'incidence des drogues sur les accidents mortels de la circulation (DETR, 1998). Ces 619 morts représentaient un échantillon de 20 % environ de toutes les victimes de la route âgées de 16 ans et plus, y compris les passagers et les piétons, décédées 12 heures après un accident de la circulation en Angleterre, en Ecosse et au Pays de Galles. Les médecins légistes avaient été invités à prélever des échantillons au hasard. Des échantillons de sang et d'urines ont été prélevés dans tous les cas, que l'on suspecte la présence de drogues ou non. Les catégories de drogues qui suivent ont été recherchées dans les échantillons d'urines par des techniques de dosage immuno-enzymatique: alcool, amphétamines, cannabis, cocaïne, opiacés, méthadone, L.S.D., benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques. Les pourcentages des cas positifs aux drogues licites et illicites parmi le groupe d'usagers de la route figurent au Tableau 31.

Tableau 31. Pourcentages des différents groupes d'usagers de la route testés positifs aux drogues licites et illicites

Substance	Pourcentages positifs				
	Conducteurs (n = 284)	Deux roues (n=125)	Passagers (n=126)	Piétons (n=84)	Total (n=619)
Drogues licites	4	6	9	8	6
Drogues illicites	18	14	21	8	16
dont:	10	5	13	1	8
Cannabinoïdes	2	2	2	2	2
Amphétamines	1	1	2	1	1
Opiacés	0	0	0	0	0
Cocaïne	1	0	0	0	0
Méthadone	4	6	4	4	5
Drogues multiples					
Alcool (>0,8 g/l)	22	15	29	31	23

Tous ces chiffres indiquent une augmentation considérable de la consommation de cannabis et de drogues multiples illicites par rapport aux résultats de l'étude précédente en 1985-1987. La prévalence de drogues licites susceptibles d'influer sur la conduite automobile n'a pas changé de façon notoire si l'on compare les résultats des deux études.

Le résultats de l'étude la plus récente sont fondés sur un échantillon représentatif de l'incidence des drogues sur différents groupes d'usagers de la route. La répartition géographique était d'une grande amplitude, urbaine et rurale. En outre, la répartition

des cas présentant un taux d'alcoolémie supérieur à 0,8 g/l était pratiquement identique à celle des données nationales pour chacun des groupes concernés.

L'analyse des données par âge indique que l'usage du cannabis est en grande partie limité aux personnes de moins de 40 ans, en particulier aux jeunes de moins de 25 ans, tandis que l'usage de drogues licites se rencontre principalement chez les conducteurs de plus de 40 ans (Tableau 32).

Tableau 32. Usage de drogues par les usagers de la route de différentes tranches d'âge

Substance	**Nombre de cas positifs**						
	Tranche d'âge						
	16-19	20-24	25-39	40-49	60+	non connu	Total
Aucune drogue	44	71	159	109	66	31	480
Cannabis	17	15	13	3	2	1	51
Amphétamines	0	2	4	4	1	1	12
Opiacés	0	3	3	4	5	3	18
Cocaïne	0	0	0	0	0	0	1
Méthadone	0	0	1	0	1	1	3
LSD	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazépines	0	1	2	4	6	0	13
Antidépresseurs tricycliques	0	0	0	1	2	0	3
Drogues multiples	3	12	6	6	8	3	38
Total	65	104	188	131	91	40	619

Ces résultats donnent un Tableau objectif des changements intervenus dans le mode de consommation de drogues chez les usagers de la route depuis la dernière étude, il y a dix ans. On note une augmentation sensible du nombre de victimes d'accidents mortels, en particulier parmi les conducteurs et les utilisateurs de «deux roues», ayant absorbé deux ou plusieurs types de drogues illicites. Seuls quelques conducteurs et utilisateurs de «deux roues» (19 %) avaient pris une drogue illicite en association avec une quantité d'alcool supérieure à la limite autorisée.

5. Discussion

Plusieurs problèmes se sont posés lors des enquêtes sur l'usage de drogues *illicites* parmi la population des conducteurs de véhicules, des problèmes de constitution d'échantillons et de collecte de données (voir également chapitre 3). Il est donc parfois très difficile de faire des comparaisons entre les études provenant de différents pays européens. En outre, l'absence de convention dans la manière de présenter les résultats peut également être source de différences importantes. Ainsi, il n'existe pas de cohérence dans la manière de rendre compte des pourcentages (s'agit-il de tous les conducteurs de l'échantillon ou uniquement de ceux qui ont fait l'objet d'un test de contrôle de drogues). Dans les tableaux qui suivent, la prévalence de la présence de différentes drogues autres que l'alcool est donnée pour chaque pays et repose sur les conclusions des résultats rassemblés dans cette synthèse. La vue d'ensemble présentée dans chaque tableau ne permet pas au lecteur de parvenir à une conclusion sur la prévalence relative à différentes populations de conducteurs. Elle ne peut être qu'une présentation globale de ce qui a été publié et il conviendra d'être prudent si l'on veut définir une prévalence moyenne.

Dans les tableaux relatifs à chaque type de drogue ou de substance, les catégories suivantes de populations de conducteurs ont été représentées: l'ensemble des conducteurs, la population de conducteurs (pendant les nuits de week-ends), les conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues et les conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs mortellement blessés. Différents problèmes se posent pour chacune de ces catégories. Il existe par ailleurs un problème commun à toutes les catégories. Il s'agit de la représentativité de l'échantillon étudié, surtout lorsque celui-ci est peu important et/ou que les critères de sélection sont mal définis.

Dans les enquêtes sur l'usage de drogues dans l'*ensemble de la population de conducteurs*, la collecte de données se fait généralement au moyen de questionnaires ou d'entretiens. Se pose alors un problème majeur, celui des personnes qui refusent de répondre. Le taux de refus est prévisible chez les conducteurs qui craignent d'être accusés de conduire sous l'effet de drogues lors d'une éventuelle confrontation avec les forces de l'ordre. Ce fait a une incidence considérable sur les résultats indiqués lorsque l'usage de drogues est détecté moins souvent que celui de l'alcool pour lequel on observe un taux de refus de 15 %. Si l'on constate, par exemple, un taux de refus de 10 % alors que la proportion de conducteurs testés positifs aux drogues qui était prévue est inférieure à ce pourcentage, il convient de faire preuve de circonspection à l'égard des résultats des recherches.

Concernant les *populations conduisant les nuits de week-end*s, il est clair que les conducteurs testés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des conducteurs. Ce sont en général les jeunes conducteurs qui font l'objet de ces contrôles tandis que les conducteurs plus âgés sont sous-représentés. Ceci peut causer de graves problèmes si l'on détecte la prévalence de substances médicinales. On s'attend, par exemple, à trouver des tranquillisants chez les personnes de plus de 40 ans.

Dans les enquêtes concernant les *conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool ou de drogues* on procède généralement à des contrôles de drogues si le taux d'alcoolémie se situe en dessous de la limite légale. Cette approche exclut automatiquement toute information sur les mélanges de drogues *licites* et *illicites* lorsque le taux d'alcoolémie dans le sang est plus élevé. En outre, la sélection des conducteurs se fait au départ par le policier ayant procédé à l'interpellation, ce qui ne peut que donner lieu à une certaine partialité. Selon les variables prises en compte (par exemple, des signes comportementaux révélant l'usage de drogues), s'il existe des soupçons de conduite sous l'emprise de drogues autres que l'alcool, on pourra relever une prévalence élevée. Si un test sur la présence de drogues a été effectué à partir d'échantillons de sang prélevés au hasard parmi les conducteurs suspectés de conduire en étant sous l'effet de l'alcool, on observera une prévalence peu élevée.

Dans les enquêtes concernant les *conducteurs impliqués dans des collisions*, l'information sur les effets nocifs de l'usage de drogues repose sur les décisions des policiers, des médecins et des juges, ce qui risque de donner lieu à une certaine partialité. Par ailleurs, plusieurs études attestent qu'environ la moitié seulement des accidents dans lesquels les conducteurs sont blessés sont signalés à la police. Il est probable que les conducteurs ayant pris des drogues *illicites* ou une grande quantité d'alcool évitent dans la mesure du possible tout contact avec la police. Par conséquent, la prévalence de l'usage de drogues chez les conducteurs impliqués dans les accidents signalés à la police est probablement inférieure à celle relative aux conducteurs impliqués dans des accidents (mortels). Pour les conducteurs mortellement blessés dont les facultés auraient été diminuées par l'alcool, les données restent la plupart du temps incomplètes parce que souvent les tests de contrôle de drogues autres que l'alcool ne sont pas effectués. Selon les études précédentes, la

police ne détecte qu'une partie des personnes conduisant sous l'effet de drogues et impliquées dans des accidents, et la prévalence constatée est donc inférieure à la réalité.

Benzodiazépines (Tableau 33)

Les benzodiazépines sont les drogues *licites* que l'on détecte le plus souvent dans l'*ensemble de la population de conducteurs* de véhicules. Il ne devrait y avoir qu'une faible prévalence de l'usage de ces drogues pour l'ensemble de la population des conducteurs par rapport aux conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool. On note généralement la présence de ces drogues dans les catégories de personnes plus âgées, celles de plus de quarante ans. En Allemagne, une grande enquête effectuée au bord de la route permet de conclure que la prévalence est d'environ 3 % pour ce pays. En Italie et aux Pays-Bas, les données résultant d'enquêtes au bord de la route ont été collectées les nuits de week-ends et ne sont donc pas vraiment représentatives de la population utilisant ces drogues, puisqu'elles concernent essentiellement les jeunes conducteurs. Dans la plupart des études sur les conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool, les benzodiazépines viennent en tête dans la catégorie des drogues *licites* avec une prévalence élevée (de 13 % à 75 %). Cette prévalence est plus faible chez les conducteurs impliqués dans des collisions (2 % à 13 %). La forte prévalence mentionnée dans les études norvégiennes a été imputée par leurs auteurs au fait que les forces de police norvégiennes mettent davantage l'accent sur la détection des problèmes des conducteurs sous l'influence de drogues.

Tableau 33. Prévalence des benzodiazépines dans différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	Ensemble des conducteurs	Conducteurs (les nuits de week-ends)	Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues	Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortellement) blessés	Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages*
Belgique					
Meulemans (1997)				n = 2143	8,5
Danemark					
Worm (1996)			n = 317		75
Steentoft (1997)			n = 221		53
France					
Deveaux (1995)				n = 97	12
Allemagne					
Möller (1994)			n = 660		5
Krüger (1995)	n = 3027				3,6
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	8,5
Zancaner (1995)		n = 972	n = 265		< 1
Pays-Bas					
Mathijssen (1998)		n = 293			0,3
Norvège					
Skurtveit (1996)			n = 2529		31
Christophersen (1995)				n = 394	13,7
Espagne					
Sancho (1997)				n = 383	2
Suède					
Sjögren (1997)				n = 377	4
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		14,8
Staub (1994)			n = 383		13,6
F-Koch (1994)			n = 137		39,4
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	2

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Barbituriques (Tableau 34)

Ces drogues, on le sait, provoquent une certaine somnolence et réduisent l'attention. C'est la raison pour laquelle certains médecins se refusent à prescrire ces «vieux» remèdes, à moins qu'un barbiturique n'ait été recommandé dans le traitement de l'épilepsie. Les personnes prenant ces drogues sont moins souvent détectées dans les échantillons de conducteurs que les utilisateurs de benzodiazépines. Par conséquent,

en comparaison de ces derniers, les barbituriques posent moins de problèmes de sécurité pour l'ensemble des pays européens.

Tableau 34. Prévalence des barbituriques dans différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortellement) blessés**	**Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages***
France Deveaux (1995)				n = 97	1
Allemagne Möller (1994) Krüger (1995)	n = 3027		n = 660		1 0,5
Italie Ferrara (1990)				n = 5000	3,4
Pays-Bas Mathijssen (1998)		n = 293			0
Espagne Sancho (1997)				n = 383	1,6
Suède Sjögren (1997)				n = 377	1,5
Suisse Staub (1994) F-Koch (1994)			n = 383 n = 137		2,9 1,5

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Tableau 35. Prévalence des antidépresseurs tricycliques dans différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	Ensemble des conducteurs	Conducteurs (les nuits de week-ends)	Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues	Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortellement) blessés	Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages*
France Deveaux (1995)				n = 97	21
Allemagne Möller (1994)			n = 660		0
Italie Ferrara (1990)				n = 5000	1,5
Espagne Sancho (1997)				n = 383	1
Suède Sjögren (1997)				n = 377	4
Suisse Staub (1994)			n = 383		0,5
Royaume-Uni DETR (1998)				n = 619	0,5

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Antidépresseurs tricycliques (Tableau 35)

Au cours de la dernière décennie, l'usage des antidépresseurs s'est accru dans certains pays européens pour lesquels il existe des données concernant la consommation de drogues médicinales (de Gier, 1995). Ainsi, en Allemagne, on a noté une augmentation de 50 % en 1993 par rapport à 1984. Par contre, pour la même période, la consommation de benzodiazépines a baissé pratiquement de moitié. Les Pays-Bas signalent également une augmentation de la consommation d'antidépresseurs. L'augmentation de la consommation d'antidépresseurs à la suite de la mise sur le marché des antidépresseurs dits «de seconde génération» (tels les inhibiteurs des sites de réception de la sérotonine) n'implique pas nécessairement une augmentation de l'usage de drogues provoquant une diminution de la capacité à conduire un véhicule. Ces nouveaux antidépresseurs auraient des effets moins nocifs que les anciens, tels les antidépresseurs tricycliques.

On ne connaît pas la prévalence de l'usage d'antidépresseurs tricycliques pour l'ensemble des conducteurs de véhicules par suite de l'absence de données sur les contrôles dans les enquêtes effectuées. La prévalence très élevée de 21 % pour les conducteurs mortellement blessés figurant dans l'étude française ne s'explique pas. Ce chiffre dépasse même celui de la prévalence des benzodiazépines. Il n'existe pas de résultats comparables dans les documents connus et ceci pourrait être en relation avec les pratiques et les prescriptions des médecins du Nord de la France (Région Nord-Pas-de-Calais).

Les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques (par opposition aux drogues de «seconde génération») sont bien connus grâce à la recherche expérimentale. Par contre, selon certaines données épidémiologiques (Barbone et al. 1998), leurs

utilisateurs sont probablement moins exposés aux risques d'accidents de la route que les utilisateurs de benzodiazépines. En conséquence, les problèmes de sécurité routière, tels qu'ils apparaissent dans cette étude à la lumière des conclusions des différents pays européens (à l'exception de la France), sont moins inquiétants que prévu en ce qui concerne les benzodiazépines et de même ordre de grandeur que ceux qui ont été signalés pour les barbituriques.

Cannabinoïdes (Tableau 36)

Dans la plupart des enquêtes menées dans les différents pays européens, les cannabinoïdes sont les drogues *illicites* que l'on détecte le plus souvent. Selon une étude allemande, la prévalence de l'usage de ces drogues par la population de conducteurs est relativement faible (0,6 %). On note une prévalence plus élevée pour les conducteurs des «nuits de week-ends» (5 % par exemple aux Pays-Bas), tandis que les résultats sont très variables pour les conducteurs suspectés d'être sous l'effet de l'alcool et/ou de drogues: de 8 % en Allemagne pour des contrôles sauvages d'alcoolémie dans le sang à 57 % en Suisse pour des échantillons de conducteurs suspectés de conduire en étant sous l'effet de drogues. Dans le cas de conducteurs impliqués dans des collisions, on note des résultats présentant les mêmes variations (de 1,3 % pour les conducteurs mortellement blessés en Espagne à 12 % pour les conducteurs blessés en France). Ces divergences s'expliquent en partie par les différences qui se manifestent dans les méthodes de sélection de la population de conducteurs faisant l'objet de contrôles. Cependant, une manière différente d'utiliser ces drogues pourrait être un autre facteur déterminant. Ainsi, le Danemark et la Norvège sont deux pays scandinaves ayant à peu près le même nombre d'habitants. Si l'on considère les cinq drogues détectées le plus souvent dans ce genre d'enquêtes, on constate que le cannabis prédomine en Norvège alors qu'au Danemark cette drogue ne vient qu'en cinquième position. Ceci souligne encore une fois la nature complexe de l'usage du cannabis lorsque l'on considère les tendances qui prévalent dans les pays européens.

Opiacés (Tableau 37)

L'usage d'opiacés est en général moins fréquent chez les conducteurs que ne l'est celui de cannabis. L'enquête allemande sur l'*ensemble de la population de conducteurs* a révélé une faible prévalence (0,7 %). Elle est légèrement plus élevée pour les conducteurs ayant fait l'objet d'un contrôle la nuit (< 1 % en Italie et 1,3 % aux Pays-Bas). Les données recueillies auprès de conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de l'alcool ou de drogues laissent, une fois encore, percevoir de fortes divergences (de 1,3 % dans une étude suisse auprès de conducteurs responsables d'accidents et ayant également consommé de l'alcool à 42,3 % dans une autre étude suisse auprès de conducteurs suspectés de conduire sous l'effet de drogues autres que l'alcool). On a noté un écart de 10 % pour les conducteurs impliqués dans des collisions (de 1 % au Royaume-Uni chez les conducteurs mortellement blessés à 10,7 % chez les conducteurs blessés en France). Les différences de mode d'utilisation des drogues chez les conducteurs des différents pays européens contribuent, une fois encore, à la présence de fortes divergences dans la prévalence de l'usage des drogues que l'on a pu constater dans cette étude.

Tableau 36. Prévalence des cannabinoïdes dans différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortellement) blessés**	**Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages***
Belgique					
Meulemans (1997)				n = 2143	6
Danemark					
Worm (1996)			n = 317		10
Steentoft (1997)			n = 221		17
France					
Pélissier (1996)				n = 60	10
Marquet (1998)				n = 296	12
Allemagne					
Möller (1994)			n = 660		8
Krüger (1995)	n = 3027				0,6
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	5,5
Zancaner (1995)		n = 972	n = 265		1,5
Pays-Bas					
Mathijssen (1998)		n = 293			5
Norvège					
Skurtveit (1996)			n = 2529		26
Christophersen (1995)				n = 394	7,6
Espagne					
Alvarez (1997)				n = 285	1,3
Alvarez (1997)				n = 979	1,5
Sancho (1997)				n = 383	2
Suède					
Sjögren (1997)				n = 377	3
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		57
Staub (1994)			n = 383		8,9
F-Koch (1994)			n = 137		46,7
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	8

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Tableau 37. Prévalence des opiacés dans différentes populations de conducteurs de véhicules en europe

Pays (références)	Ensemble des conducteurs	Conducteurs (les nuits de week-ends)	Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues	Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés	Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages*
Belgique					
Meulemans (1997)				n = 2143	7,5
Danemark					
Worm (1996)			n = 317		16,4
Steentoft (1997)			n = 221		40
France					
Pélissier (1996)				n = 60	5
Marquet (1998)				n = 296	10,7
Allemagne					
Möller (1994)			n = 660		2
Krüger (1995)	n = 3027				0,7
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	3,5
Zancaner (1995)		n = 972	n = 265		< 1
Pays-Bas					
Mathijssen (1998)		n = 293			1,3
Norvège					
Skurtveit (1996)			n = 2529		8
Christophersen (1995)				n = 394	4,3
Espagne					
Alvarez (1997)				n = 285	4,6
Alvarez (1997)				n = 979	3
Sancho (1997)				n = 383	2
Suède					
Sjögren (1997)				n = 377	4
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		36,3
Staub (1994)			n = 383		1,3
F-Koch (1994)			n = 137		42,3
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	1

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Amphétamines (Tableau 38)

La prévalence des amphétamines chez différentes populations de conducteurs est inférieure à celle des opiacés. L'étude de la Norvège faite par Skurtveit (1996) constitue une exception. Des analyses de sang prélevé sur des conducteurs sous l'emprise de drogues ont été effectuées en 1994. Elles ont révélé la présence d'amphétamines dans 21 % des cas (8 % pour les opiacés) alors que l'on n'a pas pu détecter de méthylènedioxy-métamphétamine (MDMA ou Ecstasy).

Les auteurs ont souligné qu'au cours de la dernière décennie le nombre de conducteurs suspectés de conduire sous l'emprise de drogues avait triplé en Norvège. La plus forte hausse depuis 1990 concerne les amphétamines (plus de 145 %). Dans les accidents non mortels la prévalence des amphétamines (4,1 %) est également la plus élevée en Norvège en comparaison des données sur les accidents non mortels

des autres pays. Les auteurs ont déclaré que le fait que la police norvégienne soit plus soucieuse de détecter les conducteurs sous l'emprise de drogues que dans les autres pays pourrait être une explication de ces données.

Tableau 38. Prévalence des amphétamines chez différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés**	**Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages***
Belgique					
Meulemans (1997)				n = 2143	3
Danemark					
Worm (1996)			n = 317		8,8
Steentoft (1997)			n = 221		10
France					
Pélissier (1996)				n = 60	2
Marquet (1998)				n = 296	2
Allemagne					
Möller (1994)			n = 660		0,5
Krüger (1995)	n = 3027				0,08
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	2,7
Zancaner (1995)		n = 972	n = 265		0,5
Pays-Bas					
Mathijssen (1998)		n = 293			1,3
Norvège					
Skurtveit (1996)			n = 2529		21
Christophersen (1995)				n = 394	4,1
Espagne					
Alvarez (1997)				n = 285	1,3
Alvarez (1997)				n = 979	1,0
Sancho (1997)				n = 383	2
Suède					
Sjögren (1997)				n = 377	2
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		< 5
Staub (1994)			n = 383		0,3
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	2

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Cocaïne (Tableau 39)

La prévalence de la cocaïne parmi les automobilistes est des plus faibles en comparaison des autres substances *illicite*s. Dans l'étude norvégienne faite par Skurtveit (1996) seul un prélèvement sanguin sur les 2 529 analysés pour cette étude a révélé l'existence de cocaïne (non inclus dans le Tableau 39). Une forte prévalence parmi les conducteurs soupçonnés de conduire sous l'influence de drogues autres que l'alcool a été détectée dans l'étude suisse menée par Friedrich-Koch et Iten (1994). Il a été possible de détecter la présence de cocaïne dans 27,7 % des échantillons. En Espagne, parmi les conducteurs mortellement blessés dans des accidents, la prévalence de cocaïne est très élevée (6 %) comparée à d'autres pays tels le Royaume-Uni où l'on n'a pas pu constater l'usage de cocaïne parmi les conducteurs victimes d'accidents mortels.

Tableau 39. Prévalence de la cocaïne dans différentes populations de conducteurs de véhicules en Europe

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de ces drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés**	**Prévalence de l'usage de ces drogues en pourcentages ***
Belgique					
Meulemans (1997)				n = 2143	0,7
Danemark					
Worm (1996)			n = 221		6
France					
Marquet (1998)				n = 296	1,8
Allemagne					
Möller (1994)			n = 660		0
Krüger (1995)	n = 3027				0,01
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	0,5
Zancaner (1995)		n = 972	n = 265		0,7
Pays-Bas					
Mathijssen (1998)		n = 293			0,7
Espagne					
Alvarez (1997)				n = 285	7
Alvarez (1997)				n = 979	5
Sancho (1997)				n = 383	6
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		10,5
Staub (1994)			n = 383		0,5
F-Koch (1994)			n = 137		27,7
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	0

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Mélange de drogues et d'alcool (tableaux 40 et 41)

Les études figurant dans cette synthèse mentionnent souvent la prévalence d'usage de drogues et d'alcool . Bien que les données que nous possédons ne permettent pas de donner un chiffre d'ensemble, certaines études ont fait mention de résultats qui méritent un commentaire. Dans les études constatant le mélange de drogues et d'alcool dans une sélection de cas positifs aux drogues (Tableau 40), la prévalence est plus forte que le pourcentage de l'ensemble de l'échantillon (Tableau 41). Les variations dues aux particularités de la population des conducteurs semblent être moins importantes que ce que l'on a pu constater dans la discussion précédente sur la prévalence de différents types de drogues.

20 à 65 % des conducteurs chez lesquels on a pu déceler la présence de drogues autres que l'alcool présentent également un taux d'alcoolémie dans leur sang ou leurs urines. Il existe pourtant des différences, en particulier si l'on compare la prévalence dans une population normale de conducteurs à celle de conducteurs arrêtés parce qu'ils sont suspectés de conduire sous l'influence de l'alcool. L'enquête menée en Allemagne sur les routes (Krüger et al., 1995) a indiqué qu'aucun des échantillons révélant la présence de benzodiazépines (3,64 %) n'a révélé la présence d'alcool. Par contre, dans l'étude de Möller (1994), des benzodiazépines ont été détectés dans 36 cas (= 5,45 %), dont 26 indiquaient également la présence d'alcool. Ces faits montrent combien la prudence est de rigueur lorsque l'on formule des conclusions sur l'usage simultané de drogues et d'alcool.

Si l'on prend la mortalité comme une variable des résultats, l'interaction synergique manifeste de l'alcool et des drogues *licites* / *illicites* constitue une découverte intéressante qui donne du poids aux risques d'accidents accrus en cas d'usage de drogues multiples. Les résultats de l'étude belge sur la toxicologie et les traumatismes indiquent un risque relatif de 3,56 dans le groupe positif au mélange de drogues et d'alcool, pour lequel la simple addition des prévalences aurait théoriquement abouti à un risque relatif de 1,60.

Dans la présentation des données résultant des différentes études qui ont mentionné le mélange de drogues et d'alcool chez tous les conducteurs faisant partie de l'échantillon, la prévalence est naturellement plus faible et varie de 3 % dans une étude suédoise à 28 % dans une étude suisse (Tableau 41). Cette dernière a indiqué une prévalence plus élevée parce que les conducteurs concernés étaient suspectés de conduire sous l'influence de drogues autres que l'alcool. Pour les conducteurs mortellement blessés la prévalence varie de 3 % en Suède à 19,8 % en France.

Tableau 40. Prévalence du mélange de drogues et d'alcool chez les populations de conducteurs de véhicules testés positifs aux drogues en europe

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés**	**Prévalence de l'usage de drogues combinées à l'alcool en pourcentages ***
Belgique Meulemans (1997)				n = 2143	27
Allemagne Krüger (1995)	n = 3027				44
Pays-Bas Mathijssen (1998)		n = 293			20
Norvège Skurtveit (1996)			n = 2529		25
Christophersen (1995)				n = 394	46
Espagne Sancho (1997)				n = 383	65

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Tableau 41. Prévalence du mélange de drogues et d'alcool pour l'ensemble des conducteurs de véhicules de l'échantillon

Pays (références)	Ensemble des conducteurs	Conducteurs (les nuits de week-ends)	Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues	Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés	Prévalence de l'usage de drogues combinées à l'alcool en pourcentages *
France Deveaux (1995)				n = 97	19,8
Italie Ferrara (1990)				n = 5000	17,5
Norvège Christophersen (1995)				n = 394	11,2
Espagne Alvarez (1997) Alvarez (1997)				n = 285 n = 979	6,3 6,8
Suède Sjögren (1997)				n = 377	3
Suisse Augsburger (1997) Staub (1994)			n = 641 n = 383		28,1 18,3

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes

Usage de drogues multiples (Tableaux 42 et 43)

Différentes études ont mentionné l'usage de drogues multiples. Certaines n'indiquent pas clairement si l'alcool est compris en tant que drogue. Dans les cas révélant la présence de drogues, l'usage de drogues multiples n'inclut pas l'alcool (Tableau 42). Pour l'ensemble d'une population de conducteurs la prévalence de l'usage de drogues multiples est nulle dans l'enquête allemande menée sur les routes.

Dans une autre étude allemande incluant des échantillons pris au hasard de conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de l'alcool, la prévalence de l'usage de drogues multiples parmi les cas positifs aux drogues était de 25%. Aux Pays-Bas, parmi les conducteurs contrôlés au cours de la nuit du week-end la prévalence de l'usage de drogues multiples parmi les cas positifs aux drogues, a été de 12 % (3 cas sur 25 cas révélant la présence de drogue). Parmi les conducteurs impliqués dans des collisions, dont les tests aux drogues autres que l'alcool sont positifs, la prévalence de l'usage de drogues multiples tend à être plus élevée (allant de 20 à 36 %).

L'étude italienne a mentionné l'usage de drogues multiples chez tous les conducteurs victimes d'accidents avec une prévalence de 17,4 % pour les examens d'urine (deux drogues ou plus, y compris l'alcool). Pour la prévalence concernant la présence de drogues seules, on a relevé le chiffre de 9,4 %. En Espagne et au Royaume-Uni, la prévalence est pratiquement semblable pour les conducteurs victimes d'accidents mortels, de 3 et 5 % respectivement. Pour les conducteurs soupçonnés de conduire

sous l'influence de drogues autres que l'alcool, la prévalence de l'usage de drogues multiples est plus élevée. Deux études suisses l'évaluent à 62 et 85 %, bien que l'alcool soit compris en tant que drogue.

Tableau 42. Usage de drogues multiples dans les cas positifs aux drogues

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés**	**Prévalence de l'usage de drogues multiples en pourcentages ***
Belgique Meulemans (1997)				n = 2143	20
Allemagne Möller (1994) Krüger (1995)	 n = 3027		n = 660		25 nil
Pays-Bas Mathijssen (1998)		n = 293			12
Norvège Christophersen (1995)				n = 394	36
Espagne Sancho (1997)				n = 383	32

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

Tableau 43. Usage de drogues multiples chez l'ensemble des conducteurs de l'échantillon

Pays (références)	**Ensemble des conducteurs**	**Conducteurs (les nuits de week-ends)**	**Conducteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues**	**Conducteurs impliqués dans des collisions, y compris les conducteurs (mortelle-ment) blessés**	**Prévalence de l'usage de drogues multiples en pourcentages ***
Italie					
Ferrara (1990)				n = 5000	17,5
Norvège					
Christophersen (1995)				n = 394	15
Espagne					
Alvarez (1997)				n = 285	2,8
Alvarez (1997)				n = 979	1,6
Suisse					
Augsburger (1997)			n = 641		85
F-Koch (1994)			n = 137		62
Royaume-Uni					
DETR (1998)				n = 619	5

*NB: Les chiffres de prévalence dans ces différents pays ne sont pas comparables par suite de dissemblances dans la manière de mener les enquêtes.

6. Conclusions

Cette étude a été axée essentiellement sur la prévalence de l'usage de drogues *illicites* en matière de circulation routière dans différents pays européens. Il a été possible de recueillir des informations à partir de documents et d'autres sources concernant les conclusions de recherches entreprises dans douze pays. Il s'est avéré difficile d'obtenir des données de l'Europe de l'Est et il n'a donc pas été possible d'inclure les résultats de ces pays concernant l'usage de drogues dans la circulation routière dans cette étude. Il n'est pas certain que des données existent sur l'usage illicite de drogues par les conducteurs bien que ce problème suscite un intérêt croissant dans certains pays dont la Hongrie.

Les résultats présentés dans les chapitres précédents reposent sur les travaux récents de scientifiques et d'experts dans le domaine des drogues et de la conduite sur route. Il importe de cerner les questions que l'on avait coutume de qualifier de «questions de méthodologie» (chapitre 3) afin de parvenir à de nouvelles conclusions à partir de chaque recherche. Ces «questions méthodologiques» ont été discutées à nouveau lors de l'analyse des résultats communs présentés au chapitre 5 (Discussion). Seules quatre études d'envergure ont été publiées, une étude allemande axée sur l'*ensemble de la population de conducteurs*, une étude norvégienne relative aux conducteurs soupçonnés de conduire sous l'emprise de drogues et deux études (italienne et belge) dans lesquelles des conducteurs impliqués dans des collisions ont dû se prêter à un contrôle de drogues. Les résultats de ces études ne sont pas censés refléter la situation dans d'autres pays européens concernant les différentes populations de conducteurs mentionnées ci-dessus, en particulier si l'on ignore les modes d'utilisation des drogues (*illicites*), les modalités de prescription de drogues *licites* par les médecins

et l'impact de campagnes destinées au grand public. Cependant, si l'on veut décrire l'amplitude du problème, il est judicieux de se référer à des recherches épidémiologiques solides et de discuter de l'incidence de différences sociétales et culturelles qui peuvent influer sur l'usage de drogues dans chaque pays. Si nous pensons que ces aspects sont très différents de ceux des quatre pays mentionnés ci-dessus, alors il sera difficile de leur appliquer les résultats présentés dans cette étude.

Les conclusions qui suivent serviront d'indicateurs pour d'autres discussions et seront présentées à la lumière des commentaires du dernier chapitre. Bien que la terminologie relative aux «drogues autres que l'alcool» diffère d'un pays à l'autre, les définitions suivantes ont été utilisées afin de parvenir à une nomenclature commune:

Les drogues licites ou médicinales sont des médicaments qui pouraient détériorer le fonctionnement du système nerveux central et qui sont prescrites par les médecins à leurs patients ou que l'on peut se procurer sans ordonnance.
Les drogues illicites sont parfois qualifiées de «drogues», «stupéfiants» ou de «narcotiques» par le profane.

Ensemble des conducteurs

1. Pour *l'ensemble des conducteurs* la prévalence de l'utilisation de drogues *licites* se situe entre 5 et 15 %, selon que l'on inclut ou non des classes de médicaments connus pour réduire la vigilance au volant et selon les modes d'utilisation des drogues. Les drogues détectées le plus souvent sont les benzodiazépines. Les antidépresseurs tricycliques et les barbituriques sont utilisés par une faible proportion de conducteurs, mais doivent être pris en compte lors de l'élaboration de mesures contre l'usage de drogues (par exemple des programmes destinés à encourager des alternatives «moins dangereuses»).

2. La prévalence de l'usage de drogues *illicites* varie de 1 à 5 %. On note le plus fréquemment la présence de cannabis (la majorité des cas) et d'opiacés, mais l'usage d'amphétamines (en particulier parmi les jeunes conducteurs) est en augmentation dans certains pays dont la Norvège. Il est rare de détecter de la cocaïne, ce que confirme l'enquête allemande menée sur les routes.

3. Le mélange de drogues *licites* et d'alcool n'est pas bien établi parmi les conducteurs. L'enquête allemande menée sur les routes a révélé que la prévalence de ce mélange était très faible. La plupart des utilisateurs sont probablement conscients des effets néfastes de ce mélange.

4. Le mélange de drogues *illicites* et d'alcool est un problème plus sérieux. dans l'enquête allemande menée sur les routes, la prévalence de ce mélange dans les cas positifs aux drogues est de 44 %. Pourtant, le nombre de cas reste limité et il convient d'être très prudent dans les conclusions auxquelles on aboutit.

5. La prévalence de l'usage de drogues multiples pour l'ensemble des conducteurs est probablement très faible. L'enquête allemande menée sur les routes ne fait état que d'un seul cas positif avec un mélange de benzodiazépines et d'opiacés.

Conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues:

1. *Pour les conducteurs suspectés de conduire sous l'influence de drogues*, on signale une prévalence élevée de drogues *licites*. Pourtant le choix de l'échantillon dépend totalement des forces de police sensibles à ce problème et qui décident d'inclure un conducteur dans l'échantillon. Leurs méthodes et leur critères pour détecter les

conducteurs sous l'influence de drogues diffèrent d'un pays à l'autre. Compte tenu de cette restriction, la prévalence de l'usage de benzodiazépines est assez élevée au Danemark (53-75 %), en Norvège (31 %) et en Suisse (14-39 %). La prévalence des antidépresseurs tricycliques et des barbituriques est très modérée et va de 0,5-3%.

2. La prévalence de l'usage de drogues *illicites* est plus faible que celle des drogues *licites*. Pour les cannabinoïdes elle est de 10 à 17 % au Danemark, de 26 % en Norvège et de 9 à 57 % en Suisse. Concernant les opiacés, cette prévalence est de 17 à 40 % au Danemark, 8 % en Norvège et de 1 à 42 % en Suisse, tandis que pour les amphétamines ces chiffres sont de 9 à 10 %, 21 % et 1 à 5 % dans chacun de ces pays respectifs. Pour la cocaïne, la prévalence est de 6 % au Danemark, et varie de 0,5 % à 28 % en Suisse. On observe des différences considérables entre les pays, ainsi la prévalence de l'usage d'amphétamines est relativement élevée en Norvège, alors que l'usage d'opiacés est relativement faible par comparaison.

3. Le mélange de drogues *licites* et/ou *illicites* et d'alcool n'est pas pour surprendre dans un échantillon sélectionné parce qu'il a été suspecté de conduite sous l'influence de drogues/alcool. Dans la plupart des études, il manque les données isolant la prévalence de mélange d'alcool/drogues *licites* et d'alcool/drogues *illicites*. Dans les cas positifs aux drogues la prévalence est de 25 % en Norvège, tandis que celle de l'ensemble des conducteurs dans l'échantillon ayant servi à deux études suisses va de 18 à 28 %.

4. La prévalence de l'usage de drogues multiples est mentionnée dans quelques études pour l'ensemble de l'usage de drogues *licites* et *illicites*. Une forte prévalence (62 %) a été observée par les chercheurs suisses.

Conducteurs impliqués dans des collisions:

1. La prévalence de l'usage de drogues *licites* va de 6 à 21 % selon les études. Les deux études d'envergure de la Belgique et de l'Italie indiquent toutes deux une prévalence de l'usage de benzodiazépines de 8,5 %, tandis que pour l'Espagne et la Suisse ces chiffres sont de 2 % et 4 % respectivement. En France et en Norvège la prévalence de l'usage de benzodiazépines est de 12 % et 14 % respectivement. La prévalence des barbituriques est plus faible, 1,5 % en Suède et en Espagne et 3,5 % en Italie. La prévalence des antidépresseurs tricycliques est faible dans la plupart des études, de 0,5 à 4 %. La France seule fait exception avec 21 %.

2. La prévalence de drogues *illicites* chez les conducteurs (mortellement) blessés va de 10 % à 25 % selon les études. Les cannabinoïdes et les opiacés sont à peu près à égalité dans les échantillons et se retrouvent deux à trois fois plus souvent que les amphétamines. La prévalence de la cocaïne est faible (0,5 % à 7 %) en Belgique et en Italie, tandis qu'elle est relativement élevée en Espagne (5 % à 7 %). Les deux études les plus importantes, celles de la Belgique et de l'Italie, ont mentionné une prévalence relativement semblable pour les cannabinoïdes, les opiacés et les amphétamines: 6 %, 7,5 % et 3 %.

3. La prévalence du mélange de drogues et d'alcool a été signalée aussi bien pour les drogues *licites* qu'*illicites* dans la plupart des études. Dans l'étude belge, cette prévalence chez les conducteurs présentant un contrôle positif aux drogues est de 27 %, alors que les études norvégienne et espagnole donnent le chiffre de 46 % et 65 % respectivement. Dans d'autres études cette prévalence fait référence à l'ensemble des conducteurs. Les chiffres indiqués sont plus faibles, allant de 3 % à 20 %.

4. La plupart des études signalent la prévalence de l'usage de drogues multiples, *licites* et *illicites*. Elle varie de 20 % dans l'étude belge à 36 % pour l'étude norvégienne et concerne les cas où la recherche de drogues s'est avérée positive. D'autres études font référence à l'ensemble des conducteurs et la prévalence est alors plus faible, de 5 % dans l'étude du Royaume-Uni à 17,5 % dans une étude italienne.

Le fait de connaître la prévalence de conducteurs testés positifs aux drogues dans différentes populations de conducteurs ne prouve pas que l'usage de drogues constitue un sérieux problème de sécurité. L'idéal serait qu'une étude destinée à déterminer les risques d'accidents puisse mettre en parallèle les cas de conducteurs impliqués dans des collisions afin de comparer les résultats. Dans toutes les études (à l'exception d'une seule, l'enquête allemande menée sur les routes) il n'existe pas de données sur la prévalence des drogues parmi les conducteurs «ordinaires» dans les différents pays. Il est clair que si la prévalence des conducteurs testés positifs aux drogues est négligeable parmi les conducteurs impliqués dans des collisions, alors il n'existe pas de problème de sécurité routière sérieux. Une forte prévalence de conducteurs testés positifs confirmera l'hypothèse qu'il existe un sérieux problème de sécurité routière.

Cette étude indique des prévalences importantes pour les cannabinoïdes, les opiacés, les amphétamines et concernant les drogues *licites*, pour les benzodiazépines. Il convient également de tenir compte du mélange d'alcool et de drogues multiples. La meilleure manière de vérifier la prévalence de l'usage de drogues (multiples), qu'elles soient *licites* ou *illicites*, et du mélange drogue/alcool, serait de repéter les études avec une méthodologie normalisée sur une période donnée et dans différents pays européens. Ces études doivent être entreprises avec des échantillons représentatifs de conducteurs impliqués dans des collisions et être associées à un contrôle équivalent auprès de conducteurs «normaux». Une telle approche permettra de déterminer le risque d'accidents des conducteurs sous l'influence de drogues. En outre, ces études permettront de dégager des tendances dans l'usage des drogues et la manière de les utiliser quelle que soit la population de conducteurs concernée si les méthodes de sélection des échantillons et de collecte de données sont normalisées. Il serait bon que les études faites sur les routes dans différents pays européens soient conçues de manière à définir dans quelle mesure les usagers de différentes drogues, seules ou en mélange, sont impliqués dans des accidents. Il convient d'abolir ou de modifier la législation des différents pays interdisant les enquêtes menées sur les routes afin de permettre que ces enquêtes se fassent sur une base paneuropéenne.

7. Références

- Alvarez FF, Sancho M, Vega J, Del Rio MC, Rams MA, Queipo D. Drugs other than alcohol (medicines and illicit drugs) in people involved in fatal road accidents in Spain. In: T'97 Proceedings of the International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (Ed: Mercier-Guyon Ch) CERMT, Annecy, France, 1997, 677-82.

- Alvarez FF, Sancho M, Vega J, Del Rio MC, Rams MA, Queipo D. Alcohol involvement in fatal road accidents in Spain. In: T'97 Proceedings of the International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (Ed: Mercier-Guyon Ch) CERMT, Annecy, France, 1997, 745-50.

- Augsburger M, Rivier L. Drugs and alcohol among suspected impaired drivers in Canton de Vaud (Switzerland). Forensic Sci. Int., 1997;85:95-104.

- Barbone F, Mc Mahon AD, Davey PG, Morris AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Road traffic accidents are associated with benzodiazépine use. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 1998;7: S187-8.

- Christophersen AS, Mørland J. Drugged driving, a review based on the experience in Norway. Drug and Alcohol Dependence 1997;47:125-35.

- Christophersen AS, Beylich KM, Bjørneboe A, Fosser S, Glad A, Mørland J. Prevalence of alcohol and drugs in blood samples from Norwegian drivers involved in road traffic accidents. In: T'95 Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (Eds: Kloeden CN and McLean AJ) NHMRC, Road Accident Unit, University of Adelaide, Australia, 1995, 768-72.

- Del Rio MC, Alvarez FJ. Illegal drug taking and driving: patterns of drug taking among Spanish drivers. Drug and Alcohol Dependence, 1995; 37:83-6.

- Del Rio MC, Alvarez FJ. Medication use by the driving population. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 1996;5:255-61.

- DETR (Department of the Environment, Transport and the Region). Report on incidence of drugs in road accident victims: interim results of survey, London, January 1998.

- Deveaux M. Enquête alcool, médicaments psychotropes et opiacés chez les conducteurs et piétons impliqués dans les accidents mortels de la circulation. Observatoire Régional de Sécurité Routière. Lille, 1995.

- Fous R. Suchtgiftkonsum und Verkehrssicherheit. Ein Erfahrungsbericht der Bundespolizeidirektion Wien. Blutalkohol 1995;32:174-79.

- Ferrara SD, Zancaner S, Snenghi R, Berto F. Psychoactive drugs involvement in traffic accidents in Italy. In: Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Perrine MW (Ed). National Safety Council, Chicago, USA, 1990: 260-4.

- Ferrara SD, Zancaner S, Giorgetti R, Fenato F, Poma G, Tedeschi L, Maietti S, Snenghi R, Montisci M. Sostanza psicoattive e disabilita alla guida. Studio epidemiologico su conducenti di veicoli nella regione Veneto. Rivita Italiana di Medicale Legale 1997;14(2):389-410.

- Friedrich-Koch A, Iten PX. Die Verminderung der Fahrfähigkeit durch Drogen oder Medikamente. Eine retrospektive Studie anhand von 243 Strassenverkehrsfällen aus den Jahren 1989-1991. Institut für Rechtsmedizin, Universität Zürich, 1994.

- Gier JJ de. Drugs other than alcohol and driving in the European Union. Institute's report IHP 95-54, Institute for Human Psychopharmacology, University of Maastricht, The Netherlands, 1995.

- Gil-Robles JM. Opening speech at the Conference 'Road safety in Europe: a shared responsibility'. In: Road safety in Europe: a shared responsibility (Cornelissen P, Ed). M&M Conseil, Paris, France, 1998:1-7.

- Jacobson B, Ysander L, Öjerskog B, Hansson P, Winberger B, Nilsson L. Alcohol and drugs in road accident victims. J Traffic Med 1983;11:2.

- Krantz P, Wannerberg O. Occurrence of barbiturate, benzodiazépine, meprobamate, methaqualone and phenothiazine in car occupants killed in traffic accidents in the south of Sweden. Forensic Sci Int 1981;8:141-7.

- Krüger H-P, Schulz E, Magerl H. The German Roadside Survey 1992-1994. Saliva analyses from an unselected driver population: licit and illicit drugs. In: T'95 Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (Eds: Kloeden CN and McLean AJ) NHMRC, Road Accident Unit, University of Adelaide, Australia, 1995,55-62.

- Krüger H-P, Schulz E, Magerl H, Hein PM, Hilsenbeck Th, Vollrath M. Medikamenten- und drogennachweis bei verkehrsunauffälligen Fahrern. Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen (Bast). Heft M60, 1996.

- Kruse S, Solberg Christophersen A. Driving under the influence of alcohol and other drugs. Tidsskr Nor Laegeforen 1994;114:429-31.

- Marquet P, Delpla P-A, Kerguelen S, Bremond J, Facy F, Garnier M, Guery B, Lhermitte M, Mathé D, Pilissier A-L, Renaudeau C, Vest Ph, Seguela J-P. Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: a collaborative study. J Forensic Sci 1998;43(4): 806-11.

- Mathijssen MPM. Drug-, medicijn- en alcoholgebruik van automobilisten in Nederland. Report R-98-14 of the Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid SWOV, Leidschendam, 1998.

- Meulmans A, Hooft P, Van Camp L, De Vrieze N, Buylaert W, Verstraete A, Vansnick M. Belgian Toxicology and Trauma Study (B.T.T.S.).A scientific study on the presence of alcohol, medicines, and illegal drugs in drivers who were victim of a traffic accident and the relationship between these substances and the accidents. BeEDim/BIVV/ IBSR/BLT, Belgique, 1997.

- Drogen- und Medikamentennachweis bei verkehrsauffälligen Kraftfahrern. Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen (Bast). Heft M29, 1994.

- Neutel CI. Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazépine. Ann Epidemiol 1995;5:239-44.

- Nyiri S. A kábítózer és a közlekedés. Belügyi Szemle 1997;11:112-20.

- Pélissier AL, Léonetti G, Kerguelen S, Bremond J, Botta A, Cianfarani F, Garnier M. Le dépistage urinaire des psychotropes illicites chez les conducteurs de véhicules accidentés. Ann Biol Clin 1996;54:365-71.

- Ray WA, Fought RL, Decker MD. Psychoactive drugs and risk of injurious mototr vehicle crashes in elderly drivers. Am J Epidemiol 1992;136:873-83.

- Rittner Ch, Becker J. Untersuchungen zum Benzodiazepingebrauch auffälliger Verkehrsteilnehmer in Rheinland-Pfalz. Universität Mainz, 1991.

- Robbe HWJ. Influence of marijuana on driving. Thesis, Maastricht University, the Netherlands, 1994.

- Sancho M. Muertes producidas en accidentes de tráfico 1996. Memoria de los casos estudiados por el Departamento de Madrid del Institutio Nacional de Toxicologia, Madrid, 1997.

- Schermann JM, Girre C, Facy C. Evaluation du risque d'accident de la circulation lié à l'absorption de drogues illicites. Direction de la Sécurité routière Française, 1992.

- Simpson HM, Vingilis E. Epidemiology and special population surveys. In: Ferrara SD, Giorgetti R, Eds. Methodology in man-machine interaction and epidemiology on drugs and traffic safety. Monograph Series Research of the Addiction Research Foundation of Italy, Padova, Italy, 1992:51-93.

- Sjögren (1997) H, Björnstig U, Eriksson A, Öhman U, Solarz A. Drug and alcohol use among injured motor vehicle drivers in Sweden: prevalence, driver, crash, and injury characteristics. Alcohol Clin Exp Res 1997a:21:968-73.

- Sjögren H, Björnstig U, Eriksson A. Comparison between blood analysis and police assessment of drug and alcohol use by injured drivers. Scand J Soc Med 1977b;25:217-23.

- Staub Ch, Lacalle H, Fryc O. Présence de psychotropic dans le sang de conducteurs responsables d'accidents de la route ayant consommé en même temps de l'alcool. Soz. Präventivmed 1994;39:143-9.

- Steentoft A, Worm K, Toft J. Other drugs than alcohol in Danish traffic cases, requested by the police. In: Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Volume 3 (Mercier-Guyon, Ch, Editor), CERMT, Annecy, France, 1997, 1345-9.

- Skurtveit S, Christophersen AS, Mørland J. Kjø-ring under påvirkning av benzodiazépiner (driving under the influence of benzodiazépines). Tidsskr Nor Loegeforen 1995;115(2):200-3.

- Skurtveit S, Christophersen AS, Mørland J. Driving under influence of alcohol and other drugs in Norway. Proceedings of the Conference Road Safety in Europe and Strategic Highway Research Program, Prague, Czech republic, September 20-22, 1995. VTI Konferens 4A, part 3, 1996:40-4.

- Terhune KW, Ippolito CA, Hendricks DL, Michalovic JG, Bogema SC, Santinga P, Blomberg R, Preusser DF. The incidence and role of drugs in fatally injured drivers. National Highway Traffic Safety Administration, October 1992 (DOT HS 808 065).

- Worm K, Steentoft A, Toft J. Drugs and narcotics in Danish drivers. J Tarffic Med 1996;24:39-42.

- Zancaner S, Georgetti R, Fenato F, Rossi A, Tedeschi L, Snenghi R, Frison G, Montisci F, Tagliaro F, Meroni M, Giron G, Marigo M and Ferrara SD. Psychoactive substances and driving disability: epidemiological roadside survey in northern Italy. In: T'95 Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (Eds: Kloeden CN, McLean AJ). NHMRC Road Accident Research Unit, University of Adelaide, Australia, 1995:773-9.

8. Annexes

Ressources utilisées pour ce rapport

La première de ces sources a été rendue accessible par la base de données de la documentation internationale sur la recherche routière (IRRD), une base de données de l'OCDE. Les rapports fournis par un réseau européen d'experts (membres du Conseil international sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, ICADTS) ont été étudiés afin d'y trouver des renseignements sur la prévalence des drogues *illicites* en relation avec la conduite automobile, en particulier en ce qui concerne l'usage de drogues multiples. Ces rapports ont constitué la seconde source d'information utilisée pour cette enquête. Les rapports des conférences de l'ICADTS des cinq à sept dernières années ont également été utilisés.

De précieux renseignements ont pu être obtenus de différentes organisations nationales de sécurité routière des différents pays comme l'a indiqué le Groupe Pompidou. Des Correspondants Permanents du Groupe Pompidou de certains pays européens ont été contactés en vue d'envoyer des rapports pertinents. Nous leur savons gré de leur aide.

Ce rapport devrait s'appuyer sur les résultats de recherches disponibles publiés dans les journaux scientifiques et dans les rapports d'instituts.

Drogues illicites et circulation routière
Panorama des dispositions juridiques, des difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans certains pays européens

Etabli par
Prof. Hans Peter Krüger, Université de Würzburg, Allemagne
Prof. M.W. Bud Perrine, South Burlington, Vermont, Etats-Unis
Dr Frances B. Huessy, South Burlington, Vermont, Etats-Unis
Melanie Mettke, Université de Munich, Allemagne

Résumé

La présente étude donne un aperçu des réglementations juridiques régissant la lutte contre la drogue au volant en vigueur dans dix-sept pays européens. Elle analyse aussi les difficultés rencontrées dans l'application de ces réglementations et les efforts déployés jusqu'ici en matière de prévention. Le présent projet a comporté trois phases de collecte d'informations: 1. recensement des spécialistes des problèmes de drogue et d'alcool au sein des instances de la justice, de la police, de la santé et des transports, ainsi que des organismes de recherche; 2. collecte de données par questionnaire; et 3. suivi dans le cadre de tables rondes dans la plupart des pays participants.

Les pays retenus n'ayant pas participé au projet au même degré, les informations disponibles pour le présent rapport sont très hétérogènes. Certains pays ont fourni des informations très complètes, d'autres des informations très limitées, ce qui tient au fait que les pays considérés envisagent le problème de la drogue illicite au volant de différentes façons. Les ressources économiques à leur disposition sont le facteur qui pèse le plus sur l'attention qu'ils accordent au problème.

L'étude montre que les pays participants s'accordent à reconnaître qu'il est nécessaire de lutter contre les drogues illicites. Ils ont tous adhéré à trois conventions des Nations Unies pertinentes et en ont incorporé les principes dans leur législation. Ce faisant, ils ont fait leur à l'unanimité l'opinion selon laquelle l'absence sur la route d'automobilistes conduisant sous l'influence de drogues est préférable à la présence de ce type de conducteurs. La première question que soulève la drogue au volant est l'ignorance de l'ampleur du problème. Cette ignorance est mise en évidence dans le rapport de de Gier (1998) établi pour le Groupe Pompidou.

L'analyse des réglementations juridiques régissant la conduite de véhicules sous l'influence de la drogue révèle que la plupart des pays ont prévu de sanctionner cette pratique uniquement en cas de déficience constatée. Contrairement à la consommation d'alcool, la simple présence de drogue n'est pas punissable dans ces pays. La nécessité d'inscrire le problème de la drogue au volant dans le cadre général de la déficience (laquelle empêche l'automobiliste de conduire son véhicule dans toutes les circonstances où sa condition physique est affaiblie) aboutit à des problèmes d'application de la loi: il est difficile de mettre en évidence et d'obtenir des preuves démontrant une diminution de condition physique liée à la consommation de drogue. Le même problème se pose dans le cas des médicaments à effets psychotropes. Compte tenu de cette difficulté et de l'absence de taux limites établis pour chaque drogue, certains pays ont décidé de fixer une limite zéro.

Par ailleurs, la plupart des pays participants rencontrent des difficultés en ce qui concerne les pouvoirs de police en matière de détection des conducteurs toxicomanes et d'obtention d'éléments permettant de prouver la toxicomanie. D'une façon générale, les tests de dépistage (prélèvements de sang et d'urine) ne peuvent être ordonnés que

si l'on soupçonne que tel automobiliste conduisait véritablement sous l'influence de la drogue. La plupart des pays n'autorisent les tests biologiques qu'avec le consentement de l'intéressé; mais pour qu'il ne soit pas porté atteinte à l'application de la loi, le refus d'un test de dépistage est souvent réprimé. On voit que l'efficacité de l'application des lois régissant la drogue au volant dépend non seulement de l'existence d'une réglementation sans équivoque concernant les drogues et les concentrations interdites, mais aussi de procédures claires et précises que la police peut et doit suivre pour obtenir les éléments de preuve recherchés.

Il semble exister deux façons importantes d'améliorer l'efficacité de l'application des lois. La première consiste à mettre à la disposition des agents de la force publique des appareils de dépistage de la consommation de drogue (analogues aux éthylomètres); la seconde, à exécuter des programmes d'identification des drogues destinés à la police. Actuellement, la plupart des appareils de dépistage utilisent des prélèvements de salive, mais certains utilisent l'urine ou la sueur. Les résultats les plus fiables sont obtenus avec les tests effectués à partir d'un prélèvement d'urine, mais ils imposent des limites à l'interprétation de l'évaluation de l'état de déficience effectivement constaté. En outre, le prélèvement d'urine ne semble pas convenir pour un dépistage sur le terrain. Les appareils de dépistage par prélèvement de salive ou de sueur sont encore au stade de développement et n'ont pas encore atteint un degré de fiabilité satisfaisant. Il n'existe donc pas actuellement d'appareil de dépistage rapide, valable et pratique. Toutefois, pour le moment, on peut organiser comme solution intérimaire à l'intention de la police des programmes d'identification des drogues.

Bien que les pays participants s'accordent largement à reconnaître la nécessité des programmes d'identification des drogues, la mise au point et l'exécution de ces programmes ne manqueront pas d'accuser des différences importantes selon les pays. La modification et l'adaptation des programmes existant aux Etats-Unis, où les programmes de ce type ont été mis au point et exécutés pour la première fois, seraient onéreuses et donneraient lieu à des difficultés juridiques s'ils devaient être exportés tels quels en Europe. En conséquence, certains pays viennent seulement de mettre en chantier un programme d'identification des drogues. L'ensemble des pays participants n'en ressentent pas moins le besoin de coopérer à la mise au point d'une version du programme d'identification des drogues adaptée au contexte européen et ils sont tous disposés à le faire.

Les mesures efficaces contre la drogue au volant restent pour l'essentiel à imaginer. Tous les pays participants considèrent que les programmes de prévention sont des compléments nécessaires et importants à la lutte contre le trafic de drogue et aux programmes de traitement des toxicomanes. Les pays diffèrent moins au niveau des principes sur lesquels reposent ces programmes qu'à celui de la conception de programmes spéciaux et de la portée de ces programmes. En fait, l'impact de ces programmes est généralement proportionnel aux ressources financières des pays considérés. Qui plus est, les activités de prévention reflètent nécessairement les différences d'attitude de la population face à la drogue et de traitement du problème de la drogue par les pouvoirs publics. En dehors des efforts de prévention de l'usage de la drogue, on n'a guère avancé en ce qui concerne l'élaboration de programmes de prévention ciblant spécifiquement la drogue au volant.

Dans le domaine des mesures dissuasives, certains pays sont passés de mesures de droit pénal ou inspirées du code de la route à des mesures d'application de la réglementation administrative régissant la suspension du permis de conduire et sa nouvelle délivrance. Dans tous les pays participants, la conduite sous l'influence de la drogue peut entraîner la suspension du permis. Les automobilistes ne peuvent récupérer leur permis que s'ils prouvent qu'ils ont pratiqué l'abstinence pendant des

périodes plus longues et se sont pliés à des programmes d'éducation et/ou de désintoxication. Dans certains pays, la potentialité de l'application de la réglementation administrative régissant la suspension du permis de conduire et sa nouvelle délivrance est utilisée comme instrument supplémentaire dans la lutte contre la consommation de drogues. Même sans lier l'usage de la drogue à la circulation routière, certains pays n'en utilisent pas moins la consommation ou la possession de drogues pour réexaminer la capacité de conduire de l'usager de drogues. Il s'agit bien là d'une utilisation délibérée de la réglementation de la circulation routière aux fins de la lutte contre la drogue.

Les pays participants codifient leurs dispositions législatives ou réglementaires de façon différente, mais leur attitude face à la drogue est très similaire. Les éléments formels des infractions en matière de drogue sont les mêmes dans tous les pays considérés. Ceux-ci imposent tous de lourdes peines aux trafiquants de drogues et aux revendeurs. De plus, ils s'attachent tout particulièrement à lutter contre le crime organisé. Il est impossible, en se fondant sur ce qui précède, d'établir une distinction entre pays plus ou moins libéraux.

On ne peut distinguer les pays qu'en considérant la façon dont ils traitent la consommation et la possession de petites quantités de drogue. Certains pays mettent l'accent davantage sur la réduction des risques liés aux drogues et sur le traitement des toxicomanes, tandis que d'autres misent sur la dissuasion.

Ces différentes attitudes face au consommateur de drogue et/ou au toxicomane sont indépendantes de la façon dont un pays s'attaque au problème de la drogue au volant. En effet, tous les pays ont la volonté politique de faire passer le droit éventuel de consommer de la drogue après le droit du public à la sécurité routière. Aussi tous les pays montrent-ils une nette propension à la protection de la sécurité routière en interdisant purement et simplement la drogue au volant. L'objectif d'une circulation routière sans drogue est bien le même dans tous les pays, ceux-ci ne différant qu'au niveau des mesures concrètes qu'ils prennent pour l'atteindre.

1. Introduction et objectifs

A l'automne 1997, un document de conception sur le problème consistant à établir la prévalence et les effets des médicaments psychotropes parmi les automobilistes européens a été élaboré pour le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Ce document constatait l'absence d'informations fiables sur la prévalence de la drogue et les déficiences des services chargés de l'application des lois en ce qui concerne la capacité de déterminer l'influence de la drogue sur les accidents de la route. Il proposait ensuite d'entreprendre une enquête multinationale qui renseignerait sur la législation applicable aux drogues en général et la législation applicable à la drogue au volant; la lutte de la police contre la drogue; les poursuites et procédures judiciaires; les activités de prévention, et les taux d'accident et de poursuites dans les pays considérés. A la suite de l'approbation du document de conception, un questionnaire a été établi en vue d'obtenir des informations sur toutes ces questions. Un projet connexe consistant à passer en revue les études existantes sur la prévalence des drogues illicites utilisées par les automobilistes dans certains pays européens, a été mené à bien par de Gier (1998).

Les objectifs de la présente étude sont donc les suivants:

- donner, pour certains pays européens, un aperçu des lois en vigueur ou en projet applicables à l'usage de drogues illicites par les conducteurs;

- recenser et comparer les difficultés rencontrées par la police, le ministère public et les tribunaux en ce qui concerne l'usage de drogues illicites par les conducteurs;

- recenser et comparer les mesures de prévention existantes ainsi que les programmes de prévention/intervention actuellement proposés.

2. Méthode

2.1. Modalités du projet

Le projet a imposé trois phases d'activité pour la collecte d'informations:

Recensement des spécialistes des problèmes de drogue et d'alcool au sein des instances de la justice, de la police, de la santé et des transports, ainsi que des organismes de recherche;

(2) Collecte de données par questionnaire; et

(3) Suivi dans le cadre de tables rondes pour obtenir des informations supplémentaires sur des questions qui n'auraient pas été abordées dans le questionnaire et des informations sur les résultats obtenus par les services chargés de l'application des lois, ainsi que pour traiter de questions concernant spécifiquement la drogue au volant.

Ces trois phases ont été menées dans douze des dix-sept pays participants au départ (cf. section 2.2.): tout d'abord, les Correspondants Permanents des pays membres du Groupe Pompidou ont été priés de fournir le nom et les coordonnées des spécialistes pertinents de leurs ministères de la santé, des transports et de la justice respectifs, ainsi que de leurs autorités de police nationales. Certains Correspondants Permanents ont également indiqué le nom de chercheurs extérieurs aux administrations publiques ou organismes réglementaires. Les Correspondants Permanents ont fourni leur liste, à la suite de quoi un questionnaire a été adressé nommément à chaque expert. Les questionnaires dûment remplis ont été renvoyés au personnel chargé du projet à l'Université de Würzburg et les réponses ont été saisies dans une base de données. Les experts qui avaient rempli les questionnaires ont ensuite été invités à participer à des tables rondes organisées dans la capitale de leur pays.

Cinq pays (cf. 2.2.) ont participé au projet non pas dès son lancement, mais à partir d'une date ultérieure. Les informations concernant ces pays ont été collectées au moyen de questionnaires uniquement. Pour des raisons de calendrier, il n'a pas été possible d'y organiser des tables rondes.

2.2. Les pays participants

Les douze pays participants qui ont retourné leur questionnaire rempli et dans lesquels des tables rondes ont ultérieurement été organisées (entre juin et octobre 1998) sont l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

Les cinq pays qui ont rejoint le projet plus tard, et dans lesquels la collecte d'informations s'est faite au moyen de questionnaires uniquement, sont le Danemark, la Finlande, la Norvège, le Portugal et le Luxembourg.

2.3. Définitions

Le projet visait à comparer des informations sur l'usage de substances et les lois pertinentes dans chacun des pays retenus. Par suite, des définitions relativement simples ont été élaborées pour faciliter la comparaison et présentées au début du questionnaire. Les experts interrogés étaient invités à prendre connaissance de ces définitions de travail avant de remplir le questionnaire.

2.3.1. «Substance psychoactive»

Toute substance qui affecte ou modifie le système nerveux central. Les substances de ce type peuvent être classées en trois catégories:

(1) Médicaments. Il s'agit de substances soit prescrites par un médecin, soit vendu en pharmacie sans ordonnance (produits en vente libre).

(2) Drogues licites. Souvent appelées «drogues à usage récréatif», ces substances affecte le psychisme de l'usager, mais leur usage est légal. La drogue licite la plus courante est l'alcool.

(3) Drogues illicites. Ce sont des substances dont l'usage n'est pas autorisé par la loi. La vente, la possession et la consommation de ces drogues font l'objet de réglementations différentes. Le terme «illicites» s'applique à l'une ou l'autre des deux catégories suivantes:

Une activité ou substance interdite en droit pénal, pouvant donner lieu à des poursuites devant les tribunaux ou d'autres institutions judiciaires.

Une activité ou substance interdite en droit administratif ou par les règlements d'administration, et pouvant donc faire l'objet d'une action répressive de la part des forces de police ou d'autres services administratifs.

2.3.2. «Lois et règlements»

Ils peuvent être formulés de l'une des trois façons suivantes:

(1) Dans le cadre d'une loi ou d'un ensemble de lois spécialisées (par exemple, «Loi contre l'usage des drogues»), élaborées indépendamment d'un code juridique général et précisant les substances illicites (par exemple, Loi sur les stupéfiants).

(2) Dans le cadre d'un code juridique général (comme le code pénal).

(3) Applicables à une activité publique spécifique qui est donc réglementée uniquement dans le cadre des lois régissant ladite activité; c'est le cas des lois applicables à l'utilisation des véhicules à moteur pour la conduite et des lois réglementant spécifiquement l'exercice d'une profession.

Ces distinctions étant parfois difficiles à faire, la première série de questions a été établie pour classer les mesures prises par tel ou tel pays pour lutter contre les drogues illicites.

2.4. Le questionnaire

Le questionnaire relatif à l'enquête menée dans ces pays comprenait sept rubriques, organisées autour des grands thèmes et questions suivants:

2.4.1. Classement des drogues en drogues licites ou illicites en général (non liées à la conduite)

Quelles sont les conséquences juridiques spécifiques éventuelles lorsqu'une personne est convaincue de vendre, de posséder ou d'avoir consommé du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne (y compris du crack), de l'alcool ou d'autres substances psychoactives? Pour chaque grande catégorie d'activité illégale possible (vente, possession et consommation de drogues), des renseignements ont été demandés concernant les aspects suivants des conséquences spécifiques qu'elle induit:

Cadre juridique des conséquences spécifiques: l'article ou le paragraphe pertinent du code approprié

Type d'infraction: pénale (acte délictueux grave) ou violation du droit administratif

Sanctions pénales ou peines: incarcération (maison d'arrêt ou prison), amendes et/ou autre peine

Circonstances aggravantes spéciales: par exemple, pour la vente de drogues à des personnes mineures ou intoxiquées, à proximité des écoles, mettant en jeu des quantités importantes, etc.

Autres conséquences: suspension du permis de conduire, inscription à un programme de lutte contre l'abus de substances, confiscation de biens personnels, etc.

2.4.2. La drogue en relation avec la circulation routière

Y a-t-il des conséquences lorsqu'un conducteur est déclaré avoir subi l'influence d'une ou plusieurs substances psychoactives (susmentionnées) s'il a dû s'arrêter pour l'un des motifs suivants:

A l'occasion d'un contrôle de police (barrage routier pour action répressive, dépistage aléatoire ou point de contrôle routier) alors qu'il avait de bons antécédents avant cette date?

Du fait de manoeuvres dangereuses (zigzags, slalom ou non-respect d'une interdiction de doubler, par exemple), même s'il n'y a pas eu d'accident?

Par suite d'un accident impliquant le conducteur sans que celui-ci en soit responsable?

Par suite d'un accident dont le conducteur est responsable?

Les sanctions pénales ou peines diffèrent-elles selon les facteurs suivants:

Gravité de l'accident: si l'accident a provoqué une détérioration matérielle, une lésion corporelle ou une issue fatale

Taux limites de concentration de substances (taux d'alcoolémie, par exemple)

Situation du contrevenant: s'il s'agit de sa première infraction ou si c'est un récidiviste

Situation du conducteur négligent: nombre et type d'autres infractions aux règles de conduite, le cas échéant

Mise en évidence d'une polytoxicomanie

Autres conditions spéciales

Y a-t-il d'autres conséquences, telles que le retrait du permis de conduire et la perte de la garantie d'assurance?

2.4.3. Activités de contrôle des forces de police

Plusieurs questions étaient posées sur les activités de contrôle des forces de police (blocages routiers pour action répressive, dépistage aléatoire et points de contrôle routiers) qui mettent particulièrement l'accent sur les substances psychoactives.

Le cadre juridique des méthodes de dépistage utilisées lors des activités de contrôle de la police.

La fréquence de ces activités de contrôle.

Les méthodes utilisées *in situ* en cas de déficience supposée du conducteur.

L'emploi de tests sur place à l'aide d'appareils spéciaux.

La formation spéciale antidrogue à l'intention des agents de la force publique.

Les problèmes fréquemment rencontrés par les agents de la force publique avec les mesures de contrôle de la drogue au volant.

2.4.4. Poursuites, établissement de la culpabilité et condamnation pour les affaires mettant en cause la drogue au volant

Douze grandes questions étaient posées concernant chaque étape (poursuites, établissement de la culpabilité et condamnation) du traitement de ces affaires, à savoir:

Un conducteur est-il nécessairement arrêté si l'on détecte qu'il est sous l'influence de drogues?

Le conducteur a-t-il un moyen quelconque d'éviter les poursuites?

De quelle marge discrétionnaire dispose le procureur en pareil cas?

Quels sont les principaux motifs alors invoqués pour abandonner les poursuites?

La «transaction en matière pénale» est-elle possible dans le système judiciaire?

A quel taux s'établissent les poursuites pénales?

Quelles sont les difficultés rencontrées par les procureurs de façon récurrente?

Une série analogue de questions sur le tribunal (et sur l'établissement de la culpabilité et la condamnation) figurait aussi dans la présente rubrique.

2.4.5. Activités de prévention visant les conducteurs de véhicules

Quelques questions étaient posées concernant les activités de prévention concrètement axées sur la drogue, les conducteurs et la sécurité routière. Ces questions avaient trait aux efforts déployés officiellement pour s'atteler aux problèmes de conduite sous l'influence de la drogue, ainsi qu'aux efforts particuliers touchant la prévention. Etaient également demandés des renseignements sur les organismes privés et les organisations s'occupant du problème de la drogue au volant.

2.4.6. Statistiques officielles

Quelques questions étaient posées concernant le nombre de cas de conduite sous l'influence de la drogue dont les tribunaux étaient saisis:

le taux de personnes arrêtées et le taux de personnes reconnues coupables parmi les conducteurs convaincus d'être sous l'influence de la drogue;

le pourcentage de conducteurs reconnus coupables d'avoir fait usage de drogues et allant effectivement en prison (maison d'arrêt ou autre);

le nombre d'automobilistes de ce type déférés chaque année devant les tribunaux;

combien de personnes sont, chaque année, arrêtées, poursuivies et reconnues coupables d'avoir conduit leur véhicule sous l'influence de la drogue?

Combien d'affaires de cette nature aboutissent chaque année à une condamnation?

2.4.7. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Quelques questions étaient posées concernant l'opinion publique courante et les aspects politiques des drogues, lesquelles mettaient l'accent sur les aspects sociétaux d'ordre général et non sur la drogue au volant:

l'image que l'opinion publique se fait actuellement des drogues licites et des drogues illicites;

les divergences d'opinion des partis politiques concernant la stratégie à adopter vis-à-vis des drogues;

le lien éventuel entre drogue et alcool dans les débats politiques;

la tendance éventuelle à la libéralisation des «drogues douces» comme le cannabis.

2.5. Les tables rondes

Après envoi des questionnaires remplis par les douze pays participants au départ (cf. 2.2.), une petite réunion de suivi a été organisée dans chaque capitale, à laquelle étaient invités les experts qui avaient rempli le questionnaire. Conduites sous forme de tables rondes par le personnel chargé du projet, ces réunions ont en général abordé les thèmes de discussion dans l'ordre selon lequel ils étaient présentés dans le questionnaire. Les participants aux tables rondes avaient reçu l'assurance qu'ils ne seraient pas cités individuellement ni dans la présente étude, ni ailleurs. Ces tables rondes ont duré en général trois heures environ.

Les tables rondes visaient à confirmer et étoffer les renseignements fournis dans les questionnaires, à éclaircir les points auxquels il avait été difficile de répondre, à recueillir des informations anecdotiques et à mieux appréhender les problèmes de drogue au volant dans chaque pays interrogé. Pendant toute la durée des réunions, on s'est employé tout particulièrement à mettre en évidence d'éventuelles divergences entre les lois et règlements écrits et les méthodes effectives ou informelles utilisées dans la pratique quotidienne. Les tables rondes ont par ailleurs fourni aux experts de chaque pays une tribune leur permettant de déceler des lacunes dans le domaine de la recherche, du droit et/ou de l'action coercitive, lacunes à combler si l'on voulait améliorer la sécurité routière. Au terme de chaque réunion, les participants ont été priés de formuler des recommandations et d'établir la liste des mesures qu'ils aimeraient voir appliquer pour améliorer la situation existant dans leur pays en matière de drogue et de sécurité routière.

2.6. Participation, matériel disponible et composition des rapports

Les douze pays désignés initialement par le Groupe Pompidou (cf. 2.2.) ont participé à l'étude, à l'exception de la Hongrie qui avait, dans un premier temps, exprimé de l'intérêt pour le projet. Le retrait de la Hongrie a permis à la Belgique d'y participer. De plus, la Turquie avait proposé sa participation, mais les renseignements qu'elle avait fournis étaient insuffisants et ne pouvaient être pris en compte dans l'analyse. Cinq pays (cf. 2.2.) ont rejoint le projet ultérieurement, sur l'initiative de la Commission européenne.

Les pays retenus n'ont pas, tant s'en faut, participé au même degré au projet. Un exemplaire du questionnaire avait été adressé à une moyenne de cinq experts désignés dans chacun des douze pays appartenant au premier groupe, mais il est arrivé qu'un seul questionnaire soit rempli et renvoyé. Comme un expert ne pouvait pas nécessairement répondre lui-même à toutes les questions de toutes les rubriques, certains questionnaires présentaient des lacunes importantes. Qui plus est, dans certains cas, certaines de ces lacunes n'ont pas même pu être comblées lors des tables rondes correspondantes.

Les experts ayant reçu le questionnaire ont été priés d'envoyer des renseignements personnels supplémentaires, des rapports ou toutes publications pouvant présenter un intérêt pour le projet. Certains des pays participants ont envoyé une documentation très abondante qui témoignait de l'importance que les pouvoirs publics et les milieux scientifiques attachaient à la question. Cette documentation supplémentaire a permis de combler certaines des lacunes constatées dans les réponses aux questions. En fait, les renseignements complémentaires ont en général été fournis par les pays qui avaient déjà rempli le questionnaire avec beaucoup de sérieux et de façon exhaustive.

On aura compris que les informations sur lesquelles le présent rapport a pu s'appuyer sont de qualité très différente d'un pays interrogé à l'autre. Certains pays ont fourni des informations très complètes, d'autres des informations très limitées. Ces différences en exhaustivité et en quantité n'ont pas permis de présenter les résultats sous forme de tableaux: il y aurait eu un trop grand nombre de cellules vides. En conséquence, chaque section du rapport n'aborde que les pays pour lesquels on disposait effectivement de renseignements.

Le matériel présenté dans la Section 3 ci-après, consacrée aux résultats, est tiré de l'analyse des réponses au questionnaire, des informations recueillies lors des tables rondes et des informations tirées de la documentation pertinente (rapports et

publications officiels, par exemple) fournie par les experts. Les réponses aux questionnaires ont été saisies dans une base de données pour faciliter l'analyse et la comparaison des similitudes et des différences entre pays participants.

Il est inévitable qu'un aperçu général passe sous silence les informations très spécifiques fournies par un seul pays. Le rapport est donc présenté en deux grandes parties. La première partie est le rapport proprement dit, qui contient une description des méthodes, un résumé des résultats de la comparaison entre les dix-sept pays, une analyse des résultats et des conclusions. La seconde partie est l'Appendice, qui présente les informations de base correspondant à chaque pays dans un rapport autonome. Ces rapports de pays incorporent par ailleurs certains renseignements recueillis lors des tables rondes.

3. Les résultats

La présente section porte essentiellement sur les similitudes et les différences entre les dix-sept pays participants. Les sous-sections ci-après renvoient aux thèmes abordés dans le questionnaire et sont présentées dans le même ordre, à savoir: 1. dispositions législatives et réglementaires relatives à la drogue en général; 2. dispositions législatives et réglementaires concernant la drogue en relation avec la circulation routière; 3. action de la police; 4. procédure suivant l'arrestation: poursuites, établissement de la culpabilité et condamnation; et 5. règles régissant la délivrance d'un nouveau permis de conduire.

3.1. Dispositions législatives et réglementaires relatives à la drogue en général

La nécessité d'avoir recours au droit pénal pour lutter contre les drogues illicites fait l'objet d'un consensus général de tous les pays participants. Ce consensus se fonde sur les conventions des Nations Unies relatives aux stupéfiants et aux substances psychotropes, auxquels tous les participants au projet sont parties:

la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le protocole de 1972;

la Convention sur les substances psychotropes de 1971;

la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

Dans tous les pays, la répression pénale porte sur les substances les plus communes et les plus répandues: amphétamines (par exemple ecstasy/XTC), cannabis, cocaïne, hallucinogènes (par exemple LSD), héroïne et médicaments psychoactifs. Dans la plupart des cas, la prohibition des drogues fait l'objet d'un code spécifique. Dans trois pays seulement – la République tchèque, l'Espagne et la Norvège –, elle figure dans le Code pénal. Au Danemark, le Code pénal général énonce des circonstances supplémentaires et aggravantes pour les infractions à la «loi sur les stupéfiants». En Finlande et au Portugal également, des dispositions interdisant la consommation de stupéfiants figurent tant dans le Code pénal général que dans des lois spécialement consacrées aux drogues.

De façon générale, dans toutes les législations nationales en matière de drogues, la vente, l'achat et la possession de drogue constituent des infractions. La consommation et la possession à usage strictement personnel sont toutefois traitées différemment selon les pays.

3.1.1. Classification des différentes substances

Certains pays ont institué des niveaux de sanctions différents pour différentes classes de substances:

Le Royaume-Uni différencie entre trois classes de drogues: la classe A, la classe B et la classe C. Dans la classe A figurent la cocaïne, l'opium et les hallucinogènes; dans la classe B, les amphétamines, le cannabis et la codéine; enfin la classe C comprend les drogues de la famille des benzodiazépines. Les peines les plus lourdes s'appliquent aux drogues de la classe A et les plus légères à celles de la classe C.

De façon analogue, les Pays-Bas distinguent entre les substances de la liste I (héroïne, cocaïne, amphétamines, etc.) qui donnent lieu à de plus lourdes pénalités, et celles de la liste II (en particulier le cannabis), qui font l'objet d'une répression moins sévère.

L'Espagne et la Finlande ont institué des niveaux de pénalités distincts pour les substances nuisant gravement à la santé et les autres substances.

En Italie, les niveaux de sanction sont différents pour l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et le LSD d'une part, et le cannabis et les médicaments psychoactifs d'autre part. Il en va de même pour le Danemark, en ce qui concerne les circonstances aggravantes énoncées dans le Code pénal général.

L'Autriche fait une distinction entre les «drogues toxiques» (*Suchtgifte*) et les «substances psychotropes», la répression étant dans ce dernier cas relativement moins sévère en fonction des activités pratiquées sous leur emprise.

La Suède et la Suisse n'ont pas expressément défini des classes différentes de substances, mais sanctionnent plus légèrement les «infractions mineures», cette qualification prenant en compte la nature de la substance impliquée, les quantités en jeu ainsi que d'autres circonstances. Elle s'applique par exemple à de petites quantités de cannabis.

En Allemagne, en revanche, la législation ne prévoit aucune atténuation de la peine pour les drogues douces. Les juges ont donc le pouvoir discrétionnaire de choisir, parmi la gamme des pénalités légales existantes, celle qu'ils appliqueront pour chaque type de substance.

On trouvera dans les rapports des différents pays, figurant dans l'appendice, des tableaux indiquant l'éventail des amendes et peines de prison.

3.1.2. Consommation et possession à usage personnel

La mesure dans laquelle un pays applique une politique rigoureuse de contrôle de la drogue visant à en éliminer l'usage grâce à des méthodes thérapeutiques et à la réduction des risques peut être évaluée à la façon dont le législateur traite la consommation et la possession à usage personnel. A cet égard, le critère essentiel n'est pas la seule existence d'une disposition sanctionnant la consommation, mais la sévérité avec laquelle la loi est effectivement appliquée à l'encontre de ceux qui consomment, achètent et/ou possèdent des drogues pour leur usage strictement personnel.

La Finlande, la Norvège, le Portugal, la Suède et la Suisse sont les seuls pays participants à sanctionner la consommation. Le Luxembourg punit la consommation

«en groupe» (c'est-à-dire impliquant plus d'un consommateur). En Suisse toutefois, la loi donne de larges possibilités à l'abandon des poursuites, une pratique qui est très fréquemment utilisée. Elle reflète la politique des autorités suisses, qui met l'accent sur la thérapie et la réduction des risques et vise à réprimer le trafic plutôt que la consommation. En Norvège et en Suède en revanche, la répression pénale de la consommation est assez strictement appliquée.

On peut observer des tendances similaires en ce qui concerne les sanctions frappant la possession de faibles quantités de drogue à usage strictement personnel. On peut distinguer, à cet égard, entre:

les pays où une exception est expressément prévue pour la possession à usage personnel – par exemple, l'Italie et la Suisse. Des dispositions semblables existent en République tchèque, où il y a dérogation pour la possession de petites quantités, et en Espagne, où la possession n'est punissable que lorsqu'il peut être démontré que l'intéressé se livrait à un trafic;

les pays où la possession à usage personnel constitue une infraction pénale, mais qui prévoient la possibilité d'un non-lieu (par exemple l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark et les Pays-Bas, l'abandon des poursuites dans ces deux derniers pays étant autorisé en vertu, non pas de la loi, mais des directives en matière d'action publique); et

les pays qui prévoient la possibilité de pénalités plus légères pour la possession de drogue à usage personnel. Principaux exemples: la Suède, où en deçà d'une certaine quantité, la détention de drogue est considérée comme un délit de simple police, et le Royaume-Uni, où les directives en matière de pénalités recommandent que la consommation de cannabis soit sanctionnée par une simple amende.

3.2. Dispositions législatives relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

3.2.1. L'approche fondée sur la notion de «déficience»

Tous les pays participants appliquent une politique fondée sur la notion de «déficience» et sanctionnent les conducteurs dont la capacité de conduire un véhicule se trouve amoindrie du fait de la consommation de drogues. Cette déficience étant difficile à prouver, l'application des lois pose des problèmes considérables, et seuls sont déférés devant les tribunaux les cas, relativement peu nombreux, où des fautes de conduite patentes ou des accidents attestent d'une telle déficience.

Pour remédier à cette difficulté, l'Allemagne a adopté en août 1998 une législation fondée sur la tolérance zéro, applicable à une large gamme de substances parmi les plus communes: amphétamines et drogues de synthèse (MDE et MDMA), cannabis, cocaïne, héroïne et morphine. La Belgique (avril 1999) et la Suède (juillet 1999) ont également adopté cette «approche analytique», et institué une tolérance zéro. La Suisse envisage d'en faire autant; une initiative législative y est en cours.

En Norvège, les tribunaux tentent de comparer le degré d'influence de la drogue avec le taux d'alcoolémie en tenant compte du nombre de substances consommées et de leur concentration. La peine est alors déterminée en fonction de la peine prévue pour une consommation d'alcool équivalente.

3.2.2. Contexte de la réglementation et classes de contraventions

Selon les différents pays, la réglementation en matière de conduite sous l'influence de la drogue peut, soit faire partie du Code pénal général, soit faire l'objet d'une loi spécifique sur la circulation routière; on note également des différences, d'un pays à l'autre, quant à la qualification du délit, soit comme infraction aux actes administratifs réglementaires, soit comme délit pénal. Dans la majorité des pays, cette réglementation figure dans le Code de la route. Seules la Finlande, la République tchèque, la Pologne et l'Espagne ont inscrit la réglementation relative à la conduite en état de déficience dans leur Code pénal. En Allemagne, cette réglementation est intégrée au Code pénal tandis que les dispositions concernant la tolérance analytique zéro figurent dans le Code de la route. En ce qui concerne la classe de contraventions, on peut noter les distinctions suivantes:

Conduire en état de déficience induite par la drogue (sans conséquences particulières) constitue, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Norvège, en Pologne, en Espagne, en Suède, et au Royaume-Uni , une infraction pénale qui peut être sanctionnée par une amende ou une peine de prison. Dans la pratique toutefois, les délinquants primaires ne se voient en général infliger qu'une amende.

En revanche, la conduite sous l'influence de la drogue (sans conséquences particulières) n'est qu'une infraction administrative en Autriche, en République tchèque, au Portugal et en Suisse, mais ceci n'exclut pas nécessairement une peine de prison. En Suisse, en fait, une telle infraction est passible d'une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois mois (et jusqu'à trois ans, si la vie d'un tiers a été gravement mise en danger).

En Allemagne, la nature de l'infraction est fonction de la réglementation qui est appliquée: soit celle relative à la conduite en état de déficience, soit celle fondée sur le principe de la tolérance zéro; passible d'une sanction administrative sous la forme d'une simple amende dans le second cas, elle entraîne une sanction ayant un caractère pénal dans le premier.

Tous les systèmes juridiques répriment plus sévèrement, par des sanctions pénales, la conduite sous l'influence de la drogue, si elle a des conséquences spécifiques, telles que la mise en danger d'autrui, des blessures ou la mort d'un tiers. Toutefois, dans la majorité des pays, les sanctions applicables en tel cas sont celles que prévoient les dispositions du Code pénal relatives à l'homicide ou aux blessures par imprudence, et il n'existe pas de dispositions spécifiques réglant les cas où une personne a été tuée ou blessée par un conducteur sous l'influence de drogues. Une telle réglementation spécifique existe toutefois au Luxembourg, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, où de lourdes pénalités sont appliquées en cas de blessures ou de décès causés par un conducteur en état d'ivresse ou sous l'influence de drogue.

L'Autriche applique une réglementation qui sanctionne l'homicide ou les blessures par imprudence imputables à l'ivresse et/ou à la drogue, mais qui n'est pas liée à la répression des infractions au Code de la route. L'Autriche et l'Allemagne ont mis en place une réglementation pénale spécifiquement applicable aux conducteurs qui, sous l'influence de la drogue, mettent en danger la vie d'autrui. Au Portugal, la conduite sous l'influence de la drogue ne constitue qu'une infraction administrative (passible d'amende et de retrait de permis) même s'il y a eu accident et si des personnes ont été blessées ou tuées.

3.2.3. Substances visées

Dans la plupart des pays, c'est en général la conduite en état de déficience qui est sanctionnée, qu'elle soit causée par l'alcool ou par toute autre substance, y compris les médicaments. De plus, dans certains pays (par exemple l'Allemagne et la Suisse), les causes de cette déficience peuvent être étendues à des facteurs autres que des substances, par exemple à la fatigue. L'Italie et le Danemark disposent de textes différents traitant respectivement de l'alcool et de la drogue au volant.

3.3. Action de la police

L'application des textes relatifs à la conduite sous l'influence de la drogue dépend des moyens légaux et pratiques dont dispose la police pour vérifier l'aptitude à la conduite. Lorsque l'alcool est en cause, la police peut avoir recours à la méthode, rapide et facile, de l'alcootest. Le dépistage des drogues exige des méthodes plus compliquées, en particulier l'analyse du sang ou des urines.

3.3.1. Localisation des textes réglementaires

La réglementation relative aux contrôles de police en bord de route diffère selon les pays. Dans plusieurs d'entre eux, par exemple en Autriche, au Danemark, en Espagne, en Italie, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni, les principales dispositions en la matière font partie du Code de la route. Ces pays disposent en conséquence d'une réglementation détaillée d'ensemble, stipulant aussi bien les peines sanctionnant les infractions que la procédure à suivre par la police pour en établir la preuve au moyen d'examens biologiques.

En Allemagne, en Finlande et en Pologne, en revanche, la procédure à suivre pour les bilans sanguins et l'analyse des urines figure dans le Code général de procédure judiciaire. En Suisse, alors que pour le dépistage de l'imprégnation alcoolique par alcootest et analyse de sang, ce sont les dispositions du Code de la route qui s'appliquent, la procédure à suivre pour le dépistage de drogues par analyse du sang et des urines varie – parfois considérablement – en fonction des codes de procédure judiciaire des différents cantons. Toutefois, un projet de loi visant à inclure les dispositions relatives aux drogues dans le Code de la route a été déposé. En Suède, la procédure à suivre pour les analyses du sang et des urines est fixée par le code général de procédure judiciaire, tandis que celle concernant le dépistage par alcootest fait l'objet d'une loi particulière.

L'intégration dans un même code des peines sanctionnant les infractions au Code de la route et de la procédure judiciaire semble être la bonne voie à suivre pour assurer l'uniformisation et la clarté de la pratique judiciaire.

3.3.2. Dispositions relatives au dépistage par l'alcootest

Les conditions que fixe un pays pour le dépistage par alcootest sont un bon indicateur de la mesure dans laquelle il réussit à concilier l'application du Code de la route avec le respect des droits des conducteurs, car elles déterminent le pouvoir d'effectuer des contrôles au bord de la route dont chaque nation dote ses forces de police.

Dans certains pays, ces pouvoirs sont relativement larges, dans la mesure où la police est habilitée à procéder à des dépistages aléatoires, c'est-à-dire sans qu'il y ait nécessairement présomption de déficience. C'est le cas par exemple en Autriche, au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas. En Suisse, une initiative législative allant dans ce sens a été introduite. En revanche, en République tchèque, en Italie et au

Royaume-Uni, pour qu'un agent de police puisse procéder à un alcootest, il faut qu'il soupçonne le conducteur d'être sous l'influence de l'alcool ou du moins que celui-ci soit impliqué dans un accident ou ait commis une infraction au Code de la route. En Allemagne, il n'existe aucun texte réglementant ces dépistages, qui ne peuvent donc être effectués que si l'intéressé y consent. Si en Autriche, en Allemagne, en Finlande, en Italie, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni, les résultats d'un alcootest peuvent être utilisés comme preuve au cours d'une procédure pénale, en République tchèque et en Suisse, ils n'ont que valeur d'indice.

L'efficacité de la répression dépend des sanctions qui peuvent être imposées à un conducteur qui refuse de se soumettre à un alcootest. En Autriche, en Italie et au Royaume-Uni, ce refus est passible des mêmes peines que celles qui sont appliquées en cas de dépistage positif (en Autriche, la sanction appliquée est celle qu'encourt un conducteur dont le taux d'alcoolémie est supérieur à 1,6 pour 1000, c'est-à-dire qu'elle est plus lourde que celle qu'entraîne le dépassement de la limite ordinaire de 0,5 pour 1000). Il entraîne également la suspension du permis de conduire. Ces pays soulignent que les sanctions portent sur le refus en tant que tel, et ne doivent pas être considérées comme liées à la façon de conduire de l'intéressé, c'est-à-dire comme résultant d'une quelconque présomption. Au Danemark, en Norvège et en Pologne, un tel refus entraîne automatiquement l'obligation de se soumettre à une prise de sang. Il en est de même en Suisse, où le gouvernement prévoit d'adopter un texte qui, en même temps qu'il autorisera les dépistages aléatoires par analyse de l'air expiré, sanctionnera les refus au même titre que les dépassements du taux légal d'alcoolémie. En Espagne et au Portugal, le refus est passible de sanctions pénales pour désobéissance. Aux Pays-Bas, ce refus constitue une infraction pénale. En République tchèque, un conducteur qui refuse l'alcootest s'expose à une amende qui est en fait beaucoup moins élevée qu'en cas de dépistage positif; de ce fait, un conducteur en état d'ivresse n'a aucune raison de coopérer. En Allemagne, en l'absence de tout texte en la matière, un conducteur qui refuse le dépistage ne s'expose à aucune pénalité. Toutefois, s'il y a par ailleurs des raisons de soupçonner que son taux d'alcoolémie est trop élevé, il sera contraint de se soumettre à une prise de sang.

3.3.3. Dispositions relatives aux prélèvements sanguins

Les prélèvements sanguins sont le moyen le plus courant et le plus efficace de déceler la présence de drogues ou de médicaments dans l'organisme d'un conducteur. L'efficacité de la répression dépend donc des conditions et restrictions auxquelles sont soumis ces prélèvements.

Il y a consensus international sur le fait que tout prélèvement sanguin devrait être subordonné soit à la condition qu'il y ait présomption de conduite sous l'emprise d'une quelconque substance, soit – comme c'est le cas en Italie et au Royaume-Uni – à la condition que le conducteur soit du moins impliqué dans un accident ou ait commis une infraction au Code de la route. En Belgique, un projet de loi a été déposé, qui tend à autoriser les tests sanguins de dépistage de la drogue, dès lors que le taux d'alcoolémie est supérieur à 0,5 pour mille, et ce indépendamment de toute autre raison de soupçonner le conducteur d'être sous l'emprise d'une drogue. Au Portugal, les tests sanguins et urinaires de dépistage de drogue ne peuvent être imposés qu'en cas d'accident au cours duquel une personne a été blessée ou tuée. En France, la nouvelle législation impose à la police de demander des tests biologiques de dépistage de drogue en cas d'accident mortel.

Dans la pratique, chaque pays aborde toutefois la question des prélèvements sanguins différemment. Dans certains, le respect de l'intégrité physique de la personne est tel que le consentement de l'intéressé est indispensable. C'est le cas en Autriche, en

République tchèque, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne, en Espagne et au Royaume-Uni et – de façon générale, en Suisse. Toutefois, dans ces pays, le refus de se soumettre à une prise de sang et le refus de l'alcootest sont sanctionnés de la même façon. Autrement dit, dans la majorité des pays, un conducteur soupçonné d'être sous l'influence de la drogue qui refuse la prise de sang obligatoire, sera puni comme s'il était effectivement coupable. Il est donc fortement incité à coopérer.

En Allemagne, au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède, un prélèvement sanguin peut être effectué sans le consentement de l'intéressé. En Suisse, il en est de même si l'agent de police peut démontrer qu'il a de fortes raisons de l'exiger, ce qu'il est en mesure de faire dans la plupart des cas de conduite sous l'influence de la drogue.

Dans l'ensemble, les prélèvements de sang et d'urine sont soumis aux mêmes conditions juridiques.

3.3.4. Dispositions relatives aux prélèvements de sang et d'urine et à leur analyse

On constate, dans tous les pays, l'absence d'une réglementation contraignante en ce qui concerne les prélèvements de sang et d'urine destinés à déceler la présence de drogues et à leur analyse, réglementation qui garantirait, outre la qualité des laboratoires, que ces analyses soient effectuées conformément à des normes fixées à l'échelle nationale. La Suisse, par exemple, où actuellement seuls les prélèvements sanguins destinés à mesurer l'imprégnation alcoolique sont réglementés, prévoit de procéder à une telle normalisation par le biais de son Code de la route. La Belgique a adopté des normes pour les tests sanguins et urinaires dans la foulée de l'introduction de la tolérance zéro. Dans d'autres pays européens toutefois, les recommandations de sociétés toxicologiques et médico-légales permettent d'assurer une certaine qualité. Ainsi, la Société de chimie toxicologique et médico-légale (Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie) procède à des inspections régulières (Ringversuche) de la qualité de l'analyse des prélèvements organiques pour le dépistage de la drogue, ce à un niveau international.

3.3.5. Les problèmes rencontrés par la police

Invités à identifier les principaux problèmes que rencontre la police en matière de répression de la conduite sous l'influence de la drogue, tous les pays ont souligné que la principale difficulté tenait au fait que les fonctionnaires de police manquaient de connaissances et n'étaient pas formés à déceler l'existence d'une telle emprise. Comme indiqué plus haut, un fonctionnaire de police ne peut demander un prélèvement de sang et d'urine que si le conducteur a fait preuve (au volant, par exemple) d'un comportement manifestement anormal, laissant présumer qu'il est sous l'influence de la drogue; cette règle se retrouve dans tous les pays en général. Procéder à des prélèvements de sang et d'urine est malaisé, notamment parce que la présence d'un médecin est requise, si bien que les agents de police ont tendance à ne pas demander qu'il soit procédé à de tels prélèvements en cas de doute. Dans tous les pays, le principal obstacle en matière de répression de la conduite sous influence de drogues est la difficulté qu'éprouvent les agents de la force publique à évaluer en premier lieu, si leurs suspicions sont fondées et, ensuite, à décider si la mise en route d'une procédure d'analyse longue et coûteuse apparaît justifiée. Pour remédier à cette situation, les autorités policières, dans leur ensemble, préconisent une formation spécifique plus poussée et, en outre, la généralisation des dépistages sur le bord de la route. Les efforts consentis en ce sens varient d'un pays à l'autre.

3.3.6. La pratique policière en matière de dépistage

La mise en place de dispositifs de dépistage n'est pas encore pratique courante à l'échelle internationale. Lorsqu'on y a recours, c'est en général uniquement à des fins expérimentales.

Parmi les pays participants, seules la Belgique et la Suisse utilisent systématiquement des dispositifs de dépistage. Dans certains cantons suisses, la police de la route procède à des prélèvements de sueur et d'urine. La plupart des cantons, ont toutefois renoncé aux dépistages sur le bord de la route en raison de l'inefficacité des dispositifs existants. De plus, les policiers font valoir qu'il est malaisé de procéder à des prélèvements d'urine ou de sueur et que leurs résultats sont problématiques. Le pourcentage de refus de se soumettre à des prélèvements d'urine est par ailleurs très important, plus élevé que pour les prélèvements sanguins. La police belge utilise des appareils pour l'analyse des urines.

Au Royaume-Uni, les tests de sueur et de salive ont fait l'objet d'une évaluation expérimentale. La police allemande examine si des tests de sueurs sont appropriés. La police de la route aux Pays-Bas a utilisé des tests de sueurs et d'urine à titre expérimental. La Finlande compte lancer un projet expérimental au cours de l'été 1999. Les autres pays participants n'ont pas encore eu recours aux méthodes de dépistage de la drogue.

3.3.7. Formation spéciale en matière de dépistage des forces de police

Certains pays ont fait de très gros efforts pour former leurs policiers à déceler la drogue au volant. L'Allemagne, par exemple, a mis au point un vaste programme de formation des policiers de la route qui sera mis en œuvre à l'échelle nationale et suscite un vif intérêt au plan international. En Belgique et en Suisse, les agents de la police de la route suivent régulièrement une formation axée sur le dépistage de la drogue. Le Royaume-Uni est sur le point d'introduire un programme expérimental de formation des policiers pour leur apprendre à détecter les personnes sous l'emprise de drogues; ce programme devrait par la suite être étendu à l'ensemble du pays. La Finlande prévoit elle aussi de lancer, au cours de l'été 1999, des cours de formation à la reconnaissance de l'usage de la drogue. Dans tous les autres pays, la seule formation spécifique éventuellement offerte l'est dans le cadre de la formation de base suivie obligatoirement par tous les fonctionnaires de police.

3.3.8. Conclusions

Tout compte fait, dans l'ensemble des pays participants, relativement peu d'efforts ont été faits pour améliorer la répression de la drogue au volant. C'est en Allemagne, en Belgique et en Suisse que les principales initiatives ont été prises. Ces pays ont introduit, ou sont en passe d'introduire, la tolérance analytique zéro pour la conduite sous l'influence de la drogue (cf. 3.2.1.). On peut toutefois penser que d'autres pays s'emploieront à mettre en place des dispositifs de dépistage sur le bord de la route, dès que des appareils efficaces et abordables en termes de coût seront disponibles sur le marché.

3.4. Procédure après l'arrestation: poursuites, établissement de la culpabilité et condamnation

Une personne arrêtée par la police pour conduite sous l'influence de la drogue n'est pas nécessairement reconnue coupable par les tribunaux, les procureurs et les juges jouissant à cet égard d'une certaine marge discrétionnaire. Dans tous les pays sur

lesquels a porté l'étude, on manque de données statistiques sur ce point. Les statistiques relatives aux condamnations pour infraction au Code de la route ne permettent en général pas de distinguer entre la conduite en état d'ivresse et la conduite sous l'influence de la drogue; on ne sait donc pas combien de personnes sont condamnées au motif de conduite sous l'influence de la drogue, sauf au Danemark et en Italie, où il existe des statistiques en la matière.

Les statistiques concernant les rapports de police, les non-lieux décidés par les ministères publics, les mises en accusation et les inculpations, ou bien n'existent pas ou, lorsqu'elles existent, sont tenues à des fins purement internes et ne sont pas rendues publiques. On ne peut donc que formuler quelques suppositions théoriques quant à la marge de manœuvre générale dont jouissent les procureurs et les juges dans les différents systèmes juridiques nationaux.

S'agissant de décider s'il convient d'entamer des poursuites ou de classer une affaire, le pouvoir discrétionnaire des procureurs diffère selon les pays. Dans certains cas (par exemple en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Norvège, en République tchèque, en Suède et en Suisse), en vertu du «principe de légalité», les procureurs sont en général tenus d'entamer des poursuites, lorsque des preuves suffisantes existent. Ces pays admettent toutefois aussi une certaine marge discrétionnaire de la part des procureurs dans certains cas, notamment les infractions mineures. Cette marge de manœuvre est plutôt la règle générale en France et aux Pays-Bas, par exemple, ainsi qu'en Allemagne pour les cas relevant du droit administratif dont les infractions à la limite zéro font partie.

En pratique, toutefois, ces diverses approches théoriques ne se traduisent pas par des différences majeures dans la façon dont les lois sont appliquées. S'agissant des infractions mineures, un procureur tenu d'appliquer le principe de la légalité peut user de son pouvoir discrétionnaire; et dans les cas plus graves, un procureur qui, théoriquement du moins, aurait un pouvoir discrétionnaire, décidera de toute façon d'entamer des poursuites. Bien que la transaction en matière pénale soit autorisée dans certains pays (par exemple la République tchèque, l'Italie et le Royaume-Uni), elle n'a généralement pas cours dans les cas de conduite sous l'influence de la drogue, aucune peine moindre ne pouvant être substituée à celle qui est prévue en l'espèce.

3.5. Réglementation en matière de renouvellement du permis de conduire

3.5.1. Législation de l'Union européenne: la Directive relative au permis de conduire du 29 juillet 1991

Les réglementations nationales s'inspirent de la Directive de la Communauté européenne relative au permis de conduire du 29 juillet 1991 (Directive 91/439/CEE, n°L 237/1), que tous les Etats membres de l'Union européenne sont tenus d'appliquer. En ce qui concerne la consommation d'alcool de drogues et de médicaments, la directive appelle tous les Etats membres à prendre des dispositions propres à prévenir les atteintes à la sécurité de la circulation résultant de la conduite en état d'ivresse et sous l'influence de stupéfiants. A cette fin, la directive stipule que des permis de conduire ne doivent être ni délivrés, ni renouvelés à tout candidat ou conducteur[1]

[1]. Les principes suivants s'appliquent aux conducteurs du Groupe 1. S'agissant des conducteurs du Groupe 2, la directive stipule que «l'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules sur lesquels porte la définition de ce groupe» en ce qui concerne la consommation d'alcool ou de la *consommation régulière* (= non pas «abus») de substances psychotropes. Les véhicules tombant sous la définition du Groupe 2 sont énumérés dans l'article 3 de la directive.

en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool ou qui ne peut dissocier la conduite de la consommation d'alcool, ou

en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou qui, sans être dépendant, en abuse régulièrement, quelle que soit la catégorie de permis sollicitée, ou

qui consomme régulièrement des substances psychotropes, quelle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre son aptitude à conduire sans danger, si la quantité absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à conduire.

3.5.2. Compétence

Dans tous les pays, la conduite sous l'influence de la drogue entraîne la suspension, voire le retrait du permis de conduire; les restrictions relatives au renouvellement de ce permis varient selon les pays. Dans la plupart, la décision de suspension et/ou de renouvellement est prise par l'administration compétente, qui peut exiger que le contrevenant subisse un examen médical, comprenant une analyse des urines et des cheveux, afin de déterminer, après l'arrestation, quelles sont ses habitudes en matière de consommation de drogues. La Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg et les Pays-Bas sont les seuls pays où les tribunaux interviennent de façon décisive en matière de suspension des permis. En Allemagne, lorsqu'une personne est reconnue coupable de conduite sous l'influence de la drogue, le tribunal, en même temps qu'il prononce la suspension du permis, précise, à l'intention de l'administration compétente, la durée minimale de cette suspension. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une première infraction administrative à la limite zéro, c'est l'administration qui prononce la suspension. En France et en Italie, les décisions de suspension sont du ressort des préfets.

3.5.3. Suspension pour conduite sous l'influence de la drogue

La procédure de suspension du permis sanctionnant une infraction au Code de la route est régie par des dispositions très détaillées; l'uniformité de la pratique sur tout le territoire national s'en trouve assurée, et il est possible de ce fait de rassembler des données fiables sur la procédure administrative de suspension et la durée de cette dernière dans le système juridique de chaque pays (des informations relatives aux politiques et procédures de chaque pays en matière de suspension figurent dans l'Annexe).

3.5.4. Suspension pour usage de drogues

Il y a problème lorsque le titulaire d'un permis ou la personne qui en sollicite un, est un consommateur de drogue avéré, mais n'a commis aucune infraction au Code de la route. La directive de l'Union européenne susmentionnée permet à la plupart des pays de prendre des dispositions législatives en vertu desquelles aucune personne en état de dépendance vis-à-vis de drogues ne peut obtenir un permis. Tous n'appliquent cependant pas ces dispositions de la même façon. Dans certains d'entre eux, comme l'Italie et le Royaume-Uni, tout candidat au permis doit subir un examen médical et présenter un certificat d'un généraliste attestant de son aptitude à la conduite. En Espagne, ces examens comportent des tests psychologiques et sont effectués par des institutions médicales spécialisées. L'Allemagne, quant à elle, n'exige d'examen

médical approfondi que si le candidat présente des symptômes de maladie, de dépendance, etc.; seuls des tests de l'acuité visuelle sont obligatoires. En Autriche, un examen psychiatrique est exigé, s'il existe une présomption de dépendance à l'égard de l'alcool, de drogues ou de médicaments.

La répression s'avère plus difficile dans le cas de consommateurs de drogue déjà titulaires d'un permis; l'administration compétente en matière de délivrance de permis ne peut en effet agir que dans la mesure où des informations pertinentes quant à la consommation ou l'abus de drogues par une personne concernée lui sont communiquées par la police ou les tribunaux. De façon générale, il n'existe à cet égard aucun règlement ou critère précis, et la pratique officielle varie non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même pays. Dans le cadre de la réforme de sa législation relative au permis de conduire (prenant effet le 1er janvier 1999), l'Allemagne a mis en place une réglementation en vertu de laquelle la police doit informer les autorités compétentes en matière de permis de tout indice de moindre aptitude à la conduite, y compris la consommation de drogue. Une fois en possession d'une telle information, ces autorités pourront alors entreprendre une procédure d'enquête rigoureuse et exiger de tout consommateur avéré qu'il subisse un examen médical, voire psychologique, à ses propres frais.

Une disposition analogue existe dans la législation suisse. La loi suisse sur les stupéfiants stipule que toute autorité officielle ayant connaissance de cas de toxicomanie doit en informer l'administration compétente en matière de permis. Tout laisse à penser cependant que cette disposition n'est pas strictement appliquée car, selon les experts participant au projet, si elles l'étaient, le nombre de suspensions de permis serait beaucoup plus élevé qu'il ne l'est.

Lorsque des cas de ce genre lui sont signalés, l'administration compétente entame en général une procédure rigoureuse à l'encontre des consommateurs de drogue, qui n'aboutit pas nécessairement à un retrait permanent, mais oblige du moins l'intéressé à se soumettre à une enquête prolongée, coûteuse et désagréable. Cette façon de procéder contribue efficacement à une politique globale de prévention, et atténue l'inégalité en matière de peines résultant des diverses façons d'aborder le problème de la drogue au volant.

4. Discussion

4.1. Les drogues en général

Il ressort de ce tour d'horizon que les pays participants s'accordent en général sur la nécessité de lutter contre le problème des drogues illicites. Tous les pays participants ont souscrit aux conventions des Nations Unies mentionnées à la page douze et en ont incorporé les principes dans leur législation nationale. A cette uniformité formelle qui fait que tous les pays participants ont des systèmes de sanctions comparables pour le trafic et la consommation de drogue, s'ajoute le fait que tous sont également confrontés au problème de l'accroissement du nombre de consommateurs de drogue. Ces pays sont contraints de rechercher un moyen pragmatique de traiter le problème, pour ce qui est notamment de l'usage du cannabis. Il est manifeste que l'on ne saurait, sans conséquences graves pour la société, criminaliser une large fraction de la population d'un pays. Ce problème conduit à:

- une approche différenciée, faisant une distinction entre les différentes catégories de drogues selon leur caractère plus ou moins tolérable;

- une nette séparation entre consommateurs et revendeurs;

- différentes réponses juridiques à la consommation de drogue en fonction des circonstances quant au lieu et au mode de leur utilisation.

4.2. La drogue en relation avec la circulation routière

L'un des principaux problèmes dans ce domaine délicat est la question de savoir comment aborder la question de la conduite sous l'influence de la drogue. Tous les pays sont unanimes pour affirmer qu'une circulation routière exempte de drogue est préférable à une circulation routière dans laquelle interviennent des utilisateurs de drogue.

La première question à propos de la drogue au volant est l'ignorance de l'ampleur du problème. A ce jour, nous ne disposons pas de renseignements fiables sur la prévalence des drogues chez les conducteurs de véhicules, et nous ne connaissons pas non plus avec certitude les risques d'accident induits par la consommation de drogue. De plus, les données sur la mise en cause des drogues dans les accidents offrent sans doute une image tronquée et aberrante de la réalité. La présence de drogue et son influence éventuelle sont difficiles à prouver sur le lieu d'un accident, car un alcootest positif (le premier test habituellement pratiqué) suffit pour engager des poursuites. C'est pourquoi il n'est pas habituellement procédé, en plus, à un test de dépistage de drogue, celui-ci étant beaucoup plus onéreux pour des résultats positifs beaucoup plus difficiles à interpréter, ce qui rend les poursuites beaucoup plus malaisées (dans la plupart des pays). Il s'ensuit que la part des drogues dans les accidents est sans doute largement sous-estimée.

Ce manque essentiel de connaissances est attesté dans le rapport établi par de Gier pour le Groupe Pompidou (1998). Il est indispensable de procéder à une recherche épidémiologique sur la prévalence des drogues de premier plan chez les conducteurs, impliqués ou non dans des accidents, faute de quoi il sera difficile de convaincre les autorités et le grand public que l'interdiction de la drogue au volant doit être appliquée et que les contre-mesures nécessaires toucheront aussi le conducteur moyen n'ayant rien à voir avec la drogue.

4.2.1. Législation générale sur les drogues ./. législation sur les drogues en relation avec la circulation routière

L'examen des dispositions légales relatives à la drogue au volant révèle que, dans la plupart des pays, la conduite sous l'emprise de drogues ne peut être sanctionnée qu'à la condition de prouver que l'aptitude à la conduite est réduite sous l'effet des drogues. Cette preuve est difficile à établir. Alors que dans le cas de l'alcool, une centaine d'années de recherche ont permis de constituer une somme impressionnante de connaissances quant aux effets de la substance sur toutes les fonctions psychophysiologiques, la situation dans le cas des drogues paraît quasiment inextricable. Il y a de nombreuses substances différentes, dont chacune possède des propriétés pharmacocinétiques complexes, des particularités métaboliques inconnues, d'amples effets sur des fonctions psychologiques hétérogènes, et une accoutumance mal connue en cas de consommation habituelle. Dès lors, toute législation fondée sur la preuve qu'une drogue a été la cause d'une déficience au volant se heurte à des difficultés pratiquement insurmontables. Ce dilemme conduit dans une large mesure les tribunaux à réprimer l'abus d'alcool ou d'autres infractions, même dans les cas où la consommation de drogue a été probablement la cause de l'infraction aux règles de circulation.

Les mêmes problèmes se posent pour les médicaments ayant des effets psychoactifs. Une multitude de substances exercent des effets principaux ou secondaires sur différentes fonctions psychophysiques. Leur pharmacologie complexe interdit d'envisager une réglementation fondée simplement sur des taux limites de concentration, ou la définition de catégories de substances dont l'usage est interdit en cas de conduite d'un véhicule. Etant donné que des millions de conducteurs sont sous l'influence de médicaments «critiques», et que le comportement de la plupart d'entre eux est amélioré précisément par le traitement prescrit, le problème est probablement insoluble. Conscients de cette difficulté, la plupart des pays participants tentent de distinguer les problèmes des drogues illicites de ceux des drogues licites, en s'efforçant d'abord d'élaborer une solution pour les drogues illicites.

Conscients de la difficulté d'aborder le problème de la drogue sous l'angle de la déficience, certains pays ont décidé d'adopter une réglementation «per se», intrinsèque, fixant des taux analytiques limites de concentration de drogues, analogues aux limites d'alcoolémie. Les lois correspondantes sont en projet, voire en instance. Il reste que le problème, là encore, est de savoir comment fixer un tel taux limite pour chaque substance. Pour éviter les mêmes problèmes que dans l'approche fondée sur la déficience, on constate une nette tendance à fixer un «taux zéro» pour les drogues, comme l'ont fait l'Allemagne, la Belgique et la Suède. Le taux limite légal correspond au taux de concentration qui ne peut être détecté que par des procédés toxicologiques. De fait, il s'agit d'un «taux zéro» avec une marge d'erreur intégrée.

A ce point, une autre difficulté vient entraver les efforts de répression visant à réduire la conduite sous l'influence de la drogue. Les taux limites de concentration doivent être formulés par rapport à un liquide organique déterminé, qu'il s'agisse du sang, de l'urine, de la salive ou de la sueur. Les taux de concentration sanguine sont censés être les plus pertinents, parce qu'ils manifestent la corrélation la plus étroite avec les fonctions psychophysiques. Le taux de concentration urinaire d'une drogue est une mesure qui remonte «en amont», en ce qu'elle indique une consommation antérieure. Les mécanismes de passage de nombreuses substances importantes du sang à la salive ou à la sueur ne sont pas encore pleinement compris. Il en résulte qu'à ce jour, la prise de sang paraît être le type de prélèvement le plus approprié pour déterminer une altération effective du comportement induite par une drogue; vient ensuite le prélèvement urinaire – qui, normalement, ne peut en soi servir de preuve juridique d'une déficience effective. En conséquence, si une présomption de déficience induite par une drogue conduit à imposer un «taux zéro», une prise de sang aura, seule, valeur probante.

4.2.2. Prélèvements biologiques librement consentis ou involontaires: le droit de refuser?

A ce stade, la plupart des pays participants rencontrent une autre difficulté. Il y a une grande diversité de règles régissant les conditions dans lesquelles un conducteur peut être obligé de se soumettre à un prélèvement sanguin ou urinaire. Tandis que certains pays admettent qu'un test biologique puisse être pratiqué contre le gré de l'intéressé (c'est-à-dire en recourant à la contrainte physique), la majorité d'entre eux exigent le consentement de la personne mais incitent celle-ci à coopérer en prévoyant des sanctions en cas de refus. Ces différentes approches reposent sur des conceptions différentes des droits constitutionnels de la personne, non seulement en ce qui concerne son intégrité physique, mais aussi pour ce qui est de l'interdiction de contraindre une personne à témoigner contre elle-même en se soumettant spontanément à une prise de sang, un prélèvement urinaire ou en acceptant de souffler dans un ballon. Généralement, de tels prélèvements ne peuvent être pratiqués que s'il existe des indices suffisants laissant présumer une infraction. Toutefois, de tels

indices devant être recueillis par la police, ses membres doivent en prendre personnellement la responsabilité, ce qui les conduit souvent à une pratique très prudente et conservatrice – pour éviter des erreurs.

Ainsi, l'efficacité de l'action répressive visant la conduite sous l'influence de la drogue dépend non seulement de règles claires quant aux drogues interdites et aux taux de concentration pertinents, mais aussi de normes de conduite catégoriques pour la police quant aux procédures de recherche des preuves. Une réglementation visant à faciliter le dépistage et la preuve de la drogue au volant pèsera nécessairement au conducteur moyen – le prix à payer si la société tient à réprimer efficacement la conduite sous l'influence de la drogue.

4.2.3. Innovations souhaitables: dispositifs de dépistage et programmes de reconnaissance des drogues

Deux moyens importants sont envisageables pour atténuer les effets secondaires néfastes et améliorer l'efficacité de l'action répressive. Le premier consiste à introduire des dispositifs de dépistage de la consommation de drogue (comparables à l'alcootest), le second à appliquer des programmes de reconnaissance des drogues pour la police. La plupart des méthodes actuelles de dépistage reposent sur des prélèvements de salive, mais certaines utilisent l'urine ou la sueur. Les résultats les plus fiables sont obtenus à partir de tests urinaires, sous réserve toutefois de difficultés d'interprétation quant à l'évaluation du taux réel de déficience au moment du prélèvement. En outre, le test urinaire ne paraît pas adapté à une application sur place. Des procédés de dépistage par la salive et la sueur sont en cours de développement, mais leur fiabilité n'a pas encore atteint un niveau acceptable. Ainsi, il n'y a actuellement aucun dispositif de dépistage rapide, fiable et pratique. En attendant, il existe toutefois un autre moyen: les programmes de reconnaissance des drogues.

Bien que la nécessité de programmes de reconnaissance des drogues soit en général admise dans les pays participants, il est certain que des différences importantes se font jour quant à leurs modalités de développement et d'application. Les techniques actuelles de formation à la reconnaissance des drogues sont apparues aux Etats-Unis il y a près de vingt ans. A la fin des années 70, la police de Los Angeles a mis au point un programme de formation de ses agents pour en faire des experts en reconnaissance des drogues (Drug Recognition Experts – DRE). Ce programme, perfectionné dans le cadre d'une série d'études dirigées en laboratoire et sur le terrain, a donné naissance au programme d'évaluation et de classification des drogues (Drug Evaluation and Classification – DEC), dont les résultats ont été très prometteurs pour le dépistage de la drogue au volant.

Le programme DEC est désormais une méthode d'examen normalisée et systématique appliquée à tout automobiliste soupçonné d'une déficience au volant. Sept grandes catégories de drogues peuvent être identifiées par ce procédé. Il existe un programme hautement normalisé de formation sanctionné par un brevet, qui se déroule en trois phases: 1. le stage préparatoire, consistant en une formation de deux jours; 2. l'école DRE, un cycle de sept jours comportant trente modules d'instruction; et enfin 3. le cycle du brevet, au cours duquel il est procédé à une douzaine au moins d'examens complets sous contrôle et qui exige quelque 120 heures de surveillance sur le terrain.

Tous les pays participant à l'étude conviennent que les programmes américains ne seraient pas directement transposables dans chacun des pays européens. L'adaptation des programmes américains à chaque pays européen serait nécessairement très onéreuse sur le plan individuel - notamment à cause de la

singularité de l'approche répressive de chaque pays et de la singularité de son économie. De fait, seuls l'Allemagne et le Royaume-Uni ont jusqu'à présent appuyé le développement et l'application d'un programme global d'évaluation et de classification des drogues adapté à leurs besoins propres. Néanmoins, tous les pays participants reconnaissent clairement la nécessité de coopérer à la mise au point d'une version européenne adaptée du programme de reconnaissance des drogues et manifestent une volonté unanime à cet égard. Il se posera ensuite le problème de l'application nécessairement onéreuse de ces programmes dans le domaine de la police, leur efficacité ne pouvant toutefois être garantie que si la formation des fonctionnaires est fondamentale, approfondie et continue. Là encore, la nécessité de mener et de financer ces programmes requiert un consensus de la société pour lutter efficacement contre le problème de la drogue au volant.

4.2.4. Efficacité de la dissuasion pour ce qui est de la conduite sous l'influence de drogues

Si l'on connaît de façon approfondie l'efficacité des mesures visant à lutter spécifiquement contre l'alcool au volant, il n'en va pas de même pour la drogue au volant. De fait, peu d'études ont été conduites à ce jour sur le sujet. Par exemple, les contre-mesures et instruments classiques de dissuasion concernant l'alcool au volant permettent-ils aussi de lutter efficacement contre la drogue au volant? L'archétype du conducteur en état d'ébriété est assez différent de son homologue sous l'influence de la drogue; on trouve dans cette dernière catégorie bon nombre de jeunes gens parcourant de longues distances pour assister à certaines manifestations (concerts de rock ou «raves»), roulant vers des discothèques proches ou lointaines, et transportant plusieurs passagers allant au même endroit, notamment dans l'intention de consommer de la drogue tous ensemble. On ne sait pas très bien dans quelle mesure le comportement des jeunes conducteurs est influencé par les dispositions légales, ni même s'ils ont connaissance de celles-ci, du fait en particulier que les taux de dépistage sont aussi faibles. Peu d'efforts ont été faits pour appréhender ou aborder (sans parler de résoudre) le problème de la drogue au volant du point de vue du consommateur le plus courant: le jeune usager. Aucune recherche n'a été faite pour comparer et opposer le comportement, les attitudes vis-à-vis de la drogue au volant et la façon dont sont perçues les sanctions dans les différents pays européens qui possèdent une réglementation différente et dans lesquels le niveau d'acceptation de l'usage des drogues par la société n'est pas le même.
En outre, il faut impérativement mener des recherches sur l'efficacité des contre-mesures pertinentes pour combattre la drogue au volant. De tels travaux seraient encore plus utiles s'ils s'accompagnaient d'une recherche sur la prévalence des drogues au volant.

4.2.5. Programmes de prévention de la drogue au volant

Tous les pays participants perçoivent la nécessité et l'importance de programmes de prévention menés conjointement avec la lutte contre le trafic de drogue et des programmes thérapeutiques pour les toxicomanes. Les différences entre pays portent moins sur les principes de base de ces programmes que sur la conception de programmes particuliers et sur leur degré de mise en œuvre. De fait, la situation reflète généralement la position financière des différents pays. La politique de prévention doit aussi tenir compte de la division de l'opinion publique à l'égard de la drogue et des prises de positions politiques sur les problèmes qu'elle engendre. En dépit d'un rejet fondamental et officiel des drogues, il est nécessaire, dans la pratique, de tolérer au moins un certain niveau de consommation de drogue. Cette volonté de tolérer un certain niveau d'usage de drogue, tout en hésitant à le légaliser, rend quasiment impossible de traiter efficacement le problème de la drogue au volant en s'inspirant des

slogans relativement sommaires des campagnes antialcooliques, du type: «Boire ou conduire, il faut choisir». La stratégie consistant à tolérer tacitement une drogue de manière générale et hors du champ de la circulation routière, mais à incriminer officiellement la consommation de drogue avant de prendre le volant ou au volant, empêche l'application de programmes de prévention propres à la circulation routière comportant des recommandations catégoriques à l'intention des jeunes quant à l'attitude à adopter vis-à-vis de la drogue au volant.

4.2.6. Résumé

Dans tous les pays participants, la situation juridique n'est guère satisfaisante pour ce qui est du dépistage et de la répression de l'usage de drogues dans le contexte de la circulation routière. Du fait de cette situation, la dissuasion passe du droit pénal ou du Code de la route aux dispositions administratives relatives au retrait et à la restitution du permis de conduire. Dans tous les pays participants, la conduite sous l'influence de la drogue aboutit au retrait provisoire du permis. Sa restitution est souvent assortie de conditions d'une portée considérable pour les conducteurs, qui doivent justifier de longues périodes d'abstinence, le plus souvent à leur charge. Des programmes éducatifs sont fréquemment obligatoires, tout comme, parfois, des programmes thérapeutiques pour les personnes reconnues coupables de conduite sous l'influence de la drogue.

Dans certains pays, les dispositions administratives relatives au retrait et à la restitution du permis de conduire sont utilisées comme un instrument complémentaire pour lutter contre la consommation de drogue. Ainsi, lorsqu'il est avéré qu'une personne consomme ou possède de la drogue, et même si l'usage de drogue n'est pas lié effectivement à la circulation routière, les autorités saisissent cette occasion pour réexaminer l'aptitude de l'intéressé à la conduite. En Allemagne par exemple, le tribunal peut s'abstenir de sanctionner une personne si elle n'est en possession que d'une petite quantité de drogue. En pareil cas, le droit pénal renonce au prononcé d'une peine. Mais, simultanément, en vertu du droit administratif, cette personne peut se voir retirer son permis de conduire, même si elle n'a jamais conduit sous l'influence de la drogue et si elle n'a consommé de la drogue que dans des circonstances totalement distinctes et indépendantes de toute circulation routière. Cette pratique témoigne d'une mise à contribution nette et délibérée de la législation routière pour lutter contre la drogue, la mesure administrative n'étant fondamentalement motivée ni par une déficience ni par une mise en danger de la vie d'autrui sur la route.

Malgré la diversité de leurs dispositions légales, tous les pays participants mènent une politique générale assez similaire de lutte contre la drogue. Les éléments constitutifs des infractions dans ce domaine sont identiques dans tous les pays. De manière unanime, ces pays répriment sévèrement le trafic et le commerce de drogue, en mettant particulièrement l'accent sur la lutte contre le crime organisé. Si l'on considère ces aspects, on ne peut distinguer des pays plus ou moins libéraux.

On ne trouve de différences entre pays que pour ce qui est du traitement de la consommation et de la possession de faibles quantités de drogue. Certains pays tablent davantage sur la réduction des risques et la thérapie, tandis que d'autres insistent sur la dissuasion. Sous cet angle, des pays comme la Suisse et les Pays-Bas peuvent être considérés comme plus libéraux que d'autres.

Ces différences d'attitudes à l'égard des consommateurs de drogues et/ou des toxicomanes sont indépendantes de la manière dont un pays traite le problème de la conduite sous l'influence de la drogue. Dans tous les pays, le droit éventuel d'une personne de consommer de la drogue doit céder le pas devant le droit reconnu à toute

personne de conduire un véhicule dans des conditions de sécurité routière. Dès lors, on constate une nette tendance dans tous les pays à protéger la sécurité de la circulation en interdisant toute drogue au volant. Les différences ne portent nullement sur l'objectif d'une circulation exempte de drogue, mais seulement sur les mesures prises effectivement et concrètement pour atteindre ce but. Ces mesures dépendent en grande partie des ressources financières des différents pays.

5. Conclusions

Malgré la singularité de chacun des pays participant au projet quant à son système juridique, sa situation économique et son approche spécifique pour régler des problèmes qui représentent un coût social tangible pour lui, l'étude a fait ressortir plusieurs thèmes communs importants et urgents. Le thème principal commun à tous les pays sans exception est que la drogue paraît être omniprésente en Europe, y compris dans les pays qui n'ont pas participé à l'étude. En outre, aucun pays n'échappe aux effets de la drogue parmi les jeunes.

Ces deux considérations de base sont essentielles pour comprendre l'objectif du projet. En conséquence, les personnes chargées du projet ont tiré les conclusions analytiques suivantes des indications fournies par tous les experts qui ont répondu aux questionnaires, participé activement aux tables rondes, et fourni ultérieurement des renseignements:

Dans l'ensemble, les experts interrogés s'accordent à penser qu'il existe bel et bien un problème de drogue au volant, malgré le nombre limité, à ce jour, de conclusions de recherche.

Il y a un besoin d'information – dans le cadre d'une recherche épidémiologique – sur la prévalence des drogues de premier plan chez les conducteurs impliqués dans un accident et chez ceux qui ne le sont pas.

Il faut conduire des recherches expérimentales pour déterminer les niveaux de déficience induits par les drogues de premier plan.

Il faut que les agents de la force publique puissent suivre un programme de formation efficace dans le domaine de la reconnaissance des drogues, des déficiences induites et de la conduite sous l'influence de la drogue.

Tous les pays font clairement état d'un manque de financement adéquat pour: 1. former efficacement des policiers à reconnaître la présence de drogues chez les conducteurs; 2. mener des recherches fondamentales sur la prévalence des drogues chez les conducteurs impliqués dans un accident et chez ceux qui ne le sont pas; 3. conduire des recherches fondamentales sur les niveaux de déficiences induits par les drogues de premier plan.

La nécessité de mettre au point, pour les drogues de premier plan, un test de dépistage sur place qui soit fiable, rapide et abordable fait l'objet d'une reconnaissance universelle.

Il est crucial de procéder à la récapitulation systématique de toutes les études portant sur l'efficacité des activités et contre-mesures de police visant à lutter contre le phénomène de la drogue au volant et à en atténuer l'impact.

Il est nécessaire de mettre en œuvre des programmes de prévention de la drogue au volant qui soient bien conçus, minutieusement appliqués et qui fassent l'objet d'une évaluation critique.

6. Références

- De Gier, J.J. (1993). Driving licences and known use of licit or illicit drugs. Maastricht: Institute for Human Psychopharmacology, University of Limburg.

- De Gier, J.J. (1998). Road traffic and illicit drugs. Strasbourg: Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

- Lagier, G. (1996). Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments (Livre Blanc). Rapport au Premier Ministre. Paris: La documentation française.

- Marquet, P., Delpla, P-A., Kergeulen, S., Bremond, J., Facy, F., Garnier, M., Guery, B., Lhermitte, M., Mathé, D., Pelissier, A.-L., Renaudeau, C., Vest, P., & Seguela, J.-P. (1998). Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: A collaborative study. Journal of Forensic Sciences, 806-811.

- Meulemans, A., Hooft, P., van Camp, L., de Vrieze, N., Buylaert, W., Verstraete, A., & Vansnick, M. (No publication date; ca. 1997-1998). Belgian Toxicology and Trauma Study. Brussels: Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine, Belgian Institute of Traffic Safety, and the Toxicological Society of Belgium and Luxembourg.

7. Personnel du projet

- Directeur du projet: Prof. Dr. Hans-Peter KRÜGER, Interdisziplinäres Zentrum für Verkehrswissenschaften, Université de Würzburg, Allemagne

- Chef scientifique: Prof. Dr. M. W. Bud PERRINE, Addiction Research Institute, Vermont, and the University of Vermont, USA

- Coordination du projet: Ms Frances HUESSY, Addiction Research Institute, Vermont, USA

- Chercheur Associé: M^{me} Melanie METTKE, Université Ludwig Maximilian, Munich, Allemagne

- Conseil juridique: Prof. Dr. Heinz SCHÖCH, Université Ludwig Maximilian, Munich, Allemagne

- Assistante de la recherche: Mme Alexandra NEUKUM, Interdisziplinäres Zentrum für Verkehrswissenschaften, Université de Würzburg, Allemagne.

ANNEXE

«Drogues illicites et circulation routière»
Panorama des dispositions juridiques, des difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans certains pays européens

Etabli par
Prof. Hans Peter Krüger, Université de Würzburg, Allemagne
Prof. M.W. Bud Perrine, South Burlington, Vermont, Etats-Unis
Dr Frances B. Huessy, South Burlington, Vermont, Etats-Unis
Melanie Mettke, Université de Munich, Allemagne

Cette Annexe est le second de deux volumes d'un rapport de projet intitulé: **«Drogues illicites et circulation routière: Panorama des juridiques, dispositions des difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans certains pays européens».**

Ce projet, parrainé par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, a été mené dans les pays suivants:

- l'**Autriche**, la **Belgique**, la **République tchèque**, la **France**, l'**Allemagne**, l'**Italie**, les **Pays-Bas**, la **Pologne**, l'**Espagne**, la **Suède**, la **Suisse** et le **Royaume Uni** ont participé au projet dès le début;

- le **Danemark**, la **Finlande**, la **Norvège**, le **Portugal** et le **Luxembourg** ont rejoint le projet ultérieurement.

Dans les douze pays appartenant au premier groupe, l'information a été recueillie selon une procédure comprenant trois étapes:

- recensement des spécialistes des drogues et de l'alcool dans les organismes de la justice, de la police, de la santé publique et des transports, ainsi que dans les organismes de recherche;

- collecte de données au moyen d'un questionnaire; et

- suivi sous la forme de tables rondes, destinées à recueillir des informations supplémen-taires qui pourraient ne pas être couvertes par le questionnaire, et des informations concernant le bilan de l'application de la loi, de même qu'à aborder des questions particulières relatives aux drogues et à la circulation routière.

Le niveau de participation a été sensiblement différent selon les pays sélectionnés. Une moyenne de cinq questionnaires a été envoyée aux différents experts recensés dans chaque pays, mais il est parfois arrivé qu'un seul questionnaire par pays ait été rempli et renvoyé. Comme un expert donné ne pouvait pas nécessairement répondre à toutes les questions dans les différents domaines du questionnaire, l'on a constaté des lacunes considérables dans certaines réponses fournies. En outre, dans certains cas, il n'a pas été possible de combler ces lacunes même pendant les tables rondes consacrées à des questions particulières.

L'on verra donc dans certains tableaux des chapitres suivants qu'un grand nombre de cases sont vides, indiquant soit que l'information correspondante ne pouvait être obtenue, soit simplement qu'il n'y avait pas de réponse pouvant se rapporter à la question.

Les experts qui ont reçu les questionnaires ont été priés d'envoyer au personnel du projet des renseignements complémentaires, des rapports ou toutes publications pouvant être utiles. Certains pays ont envoyé des informations très abondantes, fournissant ainsi une base documentaire complétant le haut niveau des discussions dans ces pays et leurs réponses officielles et scientifiques. Sur la base de ces renseignements complémentaires, il a été possible de combler certaines lacunes dans les réponses au questionnaire. En fait, l'information complémentaire a été généralement fournie par les pays qui avaient déjà fourni des réponses très précises et très complètes.

En conséquence, l'information disponible pour l'établissement du présent rapport était assez hétérogène. D'une part, certains pays ont fourni des renseignements très complets, tandis que d'autres n'ont donné que des informations relativement limitées. Partant, en règle générale, le tableau d'ensemble donné par le Rapport proprement dit a dû omettre pour chacun des pays les informations qui leur étaient trop particulières.

Dans les cinq pays ayant rejoint le projet à une étape avancée, les informations ont été collectées au moyen du questionnaire uniquement. En raison des délais impartis, un seul questionnaire a été rempli et renvoyé par pays. Comme un expert donné ne pouvait pas nécessairement répondre à toutes les questions dans les différents domaines du questionnaire, on a constaté des lacunes considérables dans certaines réponses fournies. On verra donc dans certains tableaux des chapitres suivants qu'un grand nombre de cases sont vides, indiquant soit que l'information correspondante ne pouvait être obtenue, soit simplement qu'il n'y avait pas de réponse pouvant se rapporter à la question. Les experts qui ont reçu les questionnaires ont été priés d'envoyer des renseignements complémentaires, des rapports ou toute publication pouvant être utile. Ces renseignements complémentaires ont permis de combler certaines lacunes dans les réponses au questionnaire.

Le rapport complet est présenté sous la forme de deux sections principales. La première est le Rapport proprement dit, qui contient une description des méthodes appliquées, un résumé comparatif des résultats **entre** les 17 pays, un examen des résultats, et des conclusions. La deuxième section est la présente Annexe dans laquelle l'information de base **au sein** de chaque pays est structurée et présentée en tant que rapport individuel indépendant. Ces rapports individuels propres à chaque pays comprennent aussi une partie de l'information unique recueillie pendant les tables rondes.

Chacun des chapitres suivants contient, pour chaque pays, des informations provenant de toutes les sources disponibles: questionnaires, documents et avis d'experts. La somme de cette information donne une vue d'ensemble utile de chaque pays, qui expose sa façon d'aborder le problème de la conduite sous l'influence de la drogue et les difficultés particulières que rencontrent les autorités.
Dans la mesure du possible, l'information obtenue pendant chaque table ronde a été incluse dans le rapport, mais la totalité de l'information n'a pu être vérifiée par le personnel du projet. Il est donc possible que des points de vue personnels, non officiels, apparaissent dans le Rapport proprement dit et dans l'Annexe. Ce genre d'information fait aussi partie du débat public engagé sur le problème de la conduite sous l'influence de la drogue.

L'Annexe est présentée dans l'ordre alphabétique (anglais) des pays et contient pour chacun d'eux des renseignements concernant la législation sur la drogue, les règlements de la circulation routière, l'application de la loi, les mesures préventives proposées ou déjà adoptées, la politique en matière de drogue et les statistiques officielles.
Pour les pays dans lesquels une table ronde a été organisée, un résumé de la discussion clôt ces informations.

Pour uniformiser le rapport et en faciliter la consultation, le même schéma est utilisé pour tous les pays dans la présente annexe; il suit généralement de près le plan général du Rapport proprement dit:

1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en générale

2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

3. Action de la police

    3.1 Contrôles effectués par la police

    3.2 Règles régissant la recherche des causes probables

    3.3 Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

    3.4 Dispositifs utilisés pour les tests

    3.5 Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

5. Règles régissant la restitution du permis de conduire ou la délivrance d'un nouveau permis

6. Prévention

7. Statistiques officielles

8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

9.Tables rondes

1. Autriche

1.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Au 1er janvier 1998, l'Autriche a mis en vigueur une législation remplaçant les précédentes lois sur les stupéfiants, les substances psychotropes et les précurseurs (c'est-à-dire les composantes ou éléments de base nécessaires pour fabriquer des drogues), législation appelée «Suchtmittelgesetz» (SMG). La nouvelle loi prévoit des règlements indépendants particuliers pour les substances psychotropes et les précurseurs. Elle a été mise au point après l'approbation par l'Autriche de la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 et de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. La liste des substances individuelles couvertes par la nouvelle législation concernant les stupéfiants et les substances psychotropes est contenue dans les ordonnances du Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales, appelées respectivement Ordonnance sur les stupéfiants (Suchtgiftverordnung) et Ordonnance sur les substances psychotropes (Psychotropenverordnung).

Tableau 1.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[2]

	Vente	Détention	Petites quantités pour usage personnel	Consommation
Type d'infraction	Pénale			Pas d'infraction
STUPEFIANTS				
Base juridique	Art 27, I SMG		Art. 35 et suiv., SMG	Pas de sanctions
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 6 mois, ou **Amende**: 360 amende-jours		Classement (provisoire) de l'affaire	
Circonstances aggravantes	Art. 27, II et 28, I-V **Prison**: max. 3 ans pour avoir fourni des drogues à des mineurs ou pour avoir appartenu à une bande, ou pour possession d'une quantité plus importante max. 5 ans pour avoir vendu une grande quantité min. 1 an, max. 10, 15 ou 20 pour avoir vendu une grande quantité ou pour avoir appartenu à une bande ou en avoir été le chef			
SUBSTANCES PSYCHOTROPES				
Base juridique	Art. 30, I SMG		Art. 30, II SMG	
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 6 mois ou **Amende**: 360 amende-jours	**Prison**: max. 6 mois ou **Amende**: max. 360 amende-jours	Pas d'infraction punissable si le médicament contient une substance psychotrope et si la quantité est faible	Pas de sanctions
Circonstances aggravantes	Art.31, II SMG **Prison**: max. 5 ans (pour de grandes quantités)	Art. 31, I SMG (en cas de trafic) **Prison**: max. 2 ans (pour de grandes quantités)		
PRECURSEURS				
Base juridique	Art. 32, II SMG	Art. 32, I SMG		
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 5 ans (si la personne avait l'intention de produire de grandes quantités)	**Prison**: max. 2 ans (si la personne avait l'intention de produire de grandes quantités)		

Les dangers respectifs des trois classes de substances - stupéfiants, substances psychotropes et précurseurs - déterminent le niveau de sanction assigné à chaque classe. Si de petites quantités d'un médicament contenant une substance psychotrope sont découvertes et sont présumées être pour usage personnel seulement (c'est-à-dire utilisées comme médicament), aucune sanction n'est appliquée. En outre, les affaires concernant des stupéfiants et des substances psychotropes non contenues dans un médicament peuvent également être classées sans suite par le procureur si l'on peut prouver que cette petite quantité est pour usage personnel seulement. En pareil cas, un tribunal ou le procureur peut classer l'affaire pendant deux ans à condition que le contrevenant suive un traitement médical, si celui-ci est indiqué. A la fin des deux ans, l'affaire est réexaminée compte tenu du succès du traitement médical. Si le contrevenant n'a pas achevé le traitement ou s'il a commis une nouvelle infraction pendant la période de deux ans, l'affaire est renvoyée au procureur.

La loi autrichienne sur les drogues est fondée sur le principe que chaque personne est libre de se faire mal à elle-même et qu'en conséquence il n'y a pas de poursuites en cas de simple consommation. Les consommateurs, toutefois, sont poursuivis à cause de l'interprétation large donnée au terme de «possession», à savoir que celle-ci peut inclure ce qu'une personne détient sur elle, indiquant non seulement qu'il y a consommation mais aussi possession antérieure présumée. La dépénalisation de la consommation de drogues en Autriche ne semble donc pas, dans un contexte juridique, avoir le même caractère pénal que la détention de drogues. Toutefois, les affaires de consommation et de détention sont souvent classées sans suite, dans les conditions indiquées au Tableau 1.1.

1.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 1.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience	Déficience (N'ayant pas entraîné	Déficience (Mise en évidence d'un	Déficience (Entraînant un accident ou des

2. Les amendes indiquées dans le tableau 1.1 et le tableau 1.2 sont exprimées en shillings autrichiens.

	n'est pas nécessaire)	d'accident ni de blessures)	danger pour une personne)	blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Administrative	Administrative	Pénale	Pénale
Base juridique	Art. 5,I et 99, IB, StVO	Art. 5,I et 99, IB, StVO	Art.89 StGB	Art 81, StGB (décès) et 88, III (blessures)
Sanctions et peines prévues par la loi	**Limite: 0,5 pour mille** (dans le sang) **Amende**: 3 000 à 50 000, FSG **Limite: 0,8 pour mille** (sang); 0,4 mg/l alcootest) **Amende**: 8 000 – 50 000 StVO **Limite**: **1,2 pour mille** (sang); 0,6 mg/l (alcootest) **Amende**: 12 000-60 000, StVO **Limite**: **1,6 pour mille** (sang;0,8 mg/l, alcootest) **Amende**: 16 000 – 80 000 StVO	**Amende**: 8 000 – 50 000		En cas de décès: **Prison**: max 3 ans Avec blessures: **Prison**: max 6 mois ou **amende**: 360 amendes-jours
DROGUES				
Type d'infraction	N'existe pas	Administrative	Pénale	Pénale
Base juridique		Art. 5,I, et 99, IB, StVO	Art.89 StGB	Art. 81, StGB (décès), Art. 88, III (blessures)
Sanctions et peines prévues par la loi		**Amende**: 8 000 – 50 000		En cas de décès: **Prison**: max 3 ans. Avec blessures: **Prison**: max 6 mois ou amende: 360 amende-jours

- StVO: Strassenverkehrsordnung / Loi sur la circulation routière
- FSG: Führerscheingesetz / Loi sur les permis de conduire
- StGB: Strafgesetzbuch / Code pénal

La disposition de base concernant la conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues est l'article 5, I, de la loi StVO, qui interdit la conduite d'un véhicule à moteur sous l'influence de l'alcool ou de drogues. Les sanctions sont fixées à l'article 99, StVO, et ont des implications administratives, non des implications pénales, c'est-à-dire que les poursuites et les condamnations sont du ressort des autorités administratives et non des tribunaux.

En ce qui concerne l'**alcool**, l'on considère qu'il y a déficience au niveau de 0,8 pour mille. Toutefois, la loi reconnaît des limites additionnelles:

- En vertu de la loi sur les permis de conduire (FSG), une petite amende peut être imposée aux conducteurs dont l'alcoolémie dépasse 0,5 pour mille.

- Les conducteurs avec une alcoolémie entre 1,2 et 1,6 pour mille sont passibles de peines plus lourdes que ceux dont le niveau se situe à 0,8.

En ce qui concerne les **drogues**, il n'existe pas de limite légale.

En outre, les accidents de la circulation en eux-mêmes – dus à une déficience liée à la drogue ou à l'alcool – ne sont pas expressément mentionnés dans le Code pénal, bien que les sanctions dans de tels cas sont régies par les dispositions générales sur la négligence ou l'imprudence ayant provoqué des blessures ou des décès (art. 81, art. 88, III, du Code pénal). Toutefois, s'il y a eu consommation de drogues ou d'alcool, les peines sont plus lourdes.

La mise en danger d'une personne du fait de la conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues est soumise à des sanctions fixées par l'article du Code pénal (art. 89) comprenant des règlements propres à la circulation et relatifs aux dangers concrets créés par des conducteurs en état de déficience du fait de la consommation d'alcool ou de drogues.

1.3. Action de la police

1.3.1. Contrôles effectués par la police

La police a le pouvoir d'arrêter un conducteur pendant un contrôle de routine, même quand le comportement de celui-ci n'est pas suspect. Le contrôle permet de s'assurer de l'aptitude de la personne à conduire et de la sécurité du véhicule. Ces pouvoirs sont régis par la Loi sur la circulation routière (StVO), ainsi que par la Loi sur la police chargée de la sécurité (Sicherheitspolizeigesetz).

La fréquence des contrôles de police dépend en grande partie des autorités locales dans les grandes localités et villes. Dans les agglomérations plus petites, il y a tendance à avoir moins de contrôles effectués par la police locale à cause des rapports plus familiers entre la police et la population. C'est ainsi que les autorités dans les juridictions plus grandes effectuent des contrôles de police dans de petites agglomérations, évitant ainsi d'entraîner la police locale dans des difficultés qui peuvent parfois durer longtemps entre les conducteurs et les forces de l'ordre.

1.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Les alcootests aléatoires sont autorisés en Autriche depuis 1995, en vertu de l'article 5, II, de la Loi sur la circulation routière. Si un conducteur refuse de se soumettre au test, il est supposé que son alcoolémie dépasse 1,6 pour mille et les sanctions appropriées lui seront appliquées (amende, retrait du permis et examen psychologique). Il importe de souligner que la sanction est fondée sur le **refus** et n'est pas liée au fait que la police soupçonne le conducteur de conduire en état de déficience en raison d'une alcoolémie dépassant la limite autorisée. Cette dernière disposition est considérée comme discutable du point de vue constitutionnel en droit autrichien, parce qu'elle fonde les sanctions sur une simple suspicion. Les conducteurs qui refusent de se soumettre à l'alcootest pour des raisons physiologiques démontrables ne sont pas sanctionnés administrativement.

1.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

L'alcootest. Les résultats d'un alcootest sont acceptés comme preuve dans une procédure administrative et pénale et n'ont donc pas besoin d'être confirmés par l'analyse d'un prélèvement sanguin. Les prises de sang sont considérées comme une atteinte à la personne et ne sont effectuées que lorsque les conducteurs ne sont pas capables de donner un échantillon suffisant pour l'alcootest.

Analyse de sang. La Loi sur la circulation routière (art. 5, IV a, IX) permet une prise de sang si le conducteur est soupçonné d'être en état de déficience en raison d'alcool ou de drogues, mais le prélèvement ne peut être obtenu de force. Là encore, le refus se traduira par des amendes égales à celles imposées si l'alcoolémie excède 1,6 pour mille; les sanctions s'appliquent aussi au cas où un conducteur a refusé de se soumettre à une analyse de sang pour le dépistage de drogues.

L'Autriche diffère de l'Allemagne et du Royaume-Uni, par exemple, en ce qu'elle ne permet pas les prises de sang sous la contrainte. Comme plusieurs autres pays participant à cette étude, l'Autriche reconnaît un niveau d'intégrité personnelle qui ne permet pas que le corps humain subisse une effraction physique par la force. Pour de plus amples informations concernant les différences dans les bases juridiques entre des pays tels que l'Autriche et l'Allemagne, voir le rapport sur l'**Allemagne** dans la présente Annexe.

En outre, un conducteur peut être obligé de subir un examen médical s'il est soupçonné d'être en état de déficience, en vertu des mêmes dispositions que celles indiquées ci-dessus concernant les analyses de sang.

1.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

En Autriche, aucun dispositif n'est utilisé sur le terrain pour dépister la présence de drogues, même à titre expérimental. La Loi sur la circulation routière ne prévoit pas non plus les analyses d'urine.

L'Autriche n'a pas de méthodes nationales uniformes pour l'analyse des expertises médico-légales. Toutefois, les experts en médecine légale qui témoignent devant un tribunal sont obligés d'avoir des qualifications professionnelles minimales. Les procédures administratives, qui s'appliquent au plus grand nombre de cas de conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues, n'imposent pas de qualifications minimum aux experts. Le contrôle qualitatif des preuves existe dans la mesure où les prélèvements organiques sont soumis aux directives et recommandations fixées par les organisations internationales telles que la Société de chimie médico-légale et toxicologique.

1.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogue

Cette formation existe comme élément de la formation de base des policiers, de même que pour la formation particulière aux problèmes de la circulation.

1.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Le principe de la «légalité» – à savoir la notion que les procureurs sont tenus d'instruire une affaire s'il y a suffisamment de preuves d'une déficience due à la consommation de drogues – s'applique à la fois aux procédures administratives et aux procédures pénales. Aucune transaction visant à obtenir une peine plus légère – marchandage juridique, «plea bargaining» – n'est possible en Autriche.

1.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

La Loi sur les permis de conduire et l'Ordonnance sur la santé qui l'accompagne régissent la restitution des permis de conduire qui ont été retirés pour des raisons liées à la conduite sous l'influence de drogues ou de d'alcool. Une infraction au code de la route commise par un conducteur sous l'influence de drogues ou de l'alcool implique un manque de fiabilité pour conduire et entraîne donc généralement un retrait du permis. La décision de restituer un permis est prise lorsque les autorités se sont assurées que le conducteur est de nouveau à considérer comme fiable pour conduire (art. 7 de la Loi sur les permis). La procédure de retrait et de restitution du permis est couverte par les articles 24 et suivants de la Loi sur les permis. La loi prévoit à la fois les retraits limités et les retraits illimités. Les retraits limités sont abolis lorsque le conducteur subit avec succès un examen psychologique et médical. Si la période de retrait dépasse 18 mois, le conducteur devra aussi repasser un examen de conduite.
Ce sont les autorités délivrant les permis – non les tribunaux – qui régissent le retrait et la restitution des permis, même si le contrevenant a été condamné par un tribunal pour une infraction au code de la route. Cette approche diffère de celle de l'Allemagne, par exemple, dont les tribunaux s'occupent à la fois des sanctions pénales et des retraits de permis. La raison de cette différence est qu'en Autriche le retrait du permis est plutôt qu'une sanction une mesure de protection pour la population comme l'ont mentionné les experts à la table ronde.

Les retraits de permis pour ceux qui commettent une première infraction liée à la drogue mais n'ont pas commis d'infraction au code de la route sont examinés cas par cas. Généralement, les condamnations pour infraction à la «Suchtmittelgesetz» (loi sur la drogue) entraînent un retrait du permis pour manque de fiabilité ou d'aptitude physique (art. 7 et 8 de la loi sur les permis).

La majorité des consommateurs de drogue n'ayant pas commis d'infraction au code de la route sont pris en charge par un système informel en vertu duquel l'autorité ayant procédé à l'arrestation (par exemple, la police) et constaté que le conducteur consommait ou était en possession d'une drogue transmet cette information au service des permis.

La Loi sur les permis est en cours de révision. Une proposition de réforme visant à simplifier et clarifier ses dispositions a été introduite en mars 1999.

1.6. Prévention

Pendant longtemps, l'Autriche n'a pas eu de programme de prévention contre la drogue et, faute d'informations épidémiologiques, ne reconnaît pas l'existence d'un important problème de conduite sous l'influence de drogues. Toutefois, des contremesures éducatives, telles que celles offertes par le Kuratorium pour la sécurité routière, s'attaquent au problème présumé des drogues et de la circulation routière.

Malgré l'absence de méthodes uniformisées pour prévenir les problèmes de drogue, les mesures futures de prévention devraient viser les différentes conditions dans lesquelles les problèmes de drogue apparaissent. Pour cette raison, des programmes de prévention concernant la drogue ont été mis au point pour être présentés dans les écoles et les discothèques.

1.7. Statistiques officielles

Comme beaucoup d'autres pays participant à cette étude, l'Autriche n'a pas de statistiques spéciales sur le rôle de la drogue dans les accidents de la circulation. Les statistiques sur les condamnations ne distinguent pas le rôle de l'alcool et le celui des autres drogues. Le Ministère autrichien de l'intérieur tient toutefois des statistiques concernant les contrôles de police utilisant l'alcootest et les retraits de permis qui y font suite:

- En 1997, 45 786 alcootests ont été effectués avec pour résultat un retrait de permis dans 48 % des cas.

Des statistiques concernant le nombre de cas où les drogues ont été dépistées après des contrôles de police, des prises de sang ou des accidents de la circulation n'ont pas été fournies.

Dans le procès-verbal de la 3e réunion (septembre 1998) du Groupe de travail sur le rôle de l'alcool, des drogues et des médicaments dans la circulation routière, relevant de la Direction Générale VII de la Commission européenne, un rapport autrichien a été cité indiquant l'incidence sur la sécurité routière de la mesure prise par l'Autriche pour ramener le taux légal d'alcool dans le sang de 0,8 à 0,5 pour mille. Comparés à la même période de 1997, les six premiers mois de 1998 montrent:

- que les accidents dus à l'alcool ont diminué de 15,8 %;
- que les accidents mortels dus à l'alcool ont diminué de 32,6 %;
- que les blessures dues à l'alcool ont diminué de 20,3 %.

1.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

La population autrichienne en général se sent concernée par les problèmes de drogue mais n'a guère de renseignements précis sur leur ampleur. Les thèmes politiques débattus ces dernières années comprennent des propositions concernant des lois plus contraignantes sur les activités liées à la drogue. Quoi qu'il en soit, l'opinion publique sur la question comprend de nombreuses variantes, allant de stratégies préventives humanitaires – telle que la prévention de la toxicomanie, une thérapeutique au lieu de condamnations et la minimisation des risques – jusqu'aux mesures répressives extrêmes. La notion d'une libéralisation de la législation sur la drogue est avancée uniquement dans quelques milieux restreints.

Selon certains experts participant à la table ronde, les principaux partis politiques se distinguent de la façon suivante dans leur façon d'aborder le problème de la drogue en Autriche: les conservateurs préconisent une plus grande tolérance vis-à-vis de l'alcool et des mesures plus strictes contre les substances illicites. Les sociaux démocrates sont aussi partisans d'un renforcement général des mesures contre la consommation et la possession de substances illicites. Les libéraux, toutefois, préféreraient la libéralisation des dispositions concernant certaines substances illicites et appuient le «Lobby de la Marijuana» qui comprend les membres du Parti vert, de jeunes sociaux-démocrates et d'autres groupes plus restreints.

Les discussions concernant l'alcool et la drogue sont liées dans la mesure où certaines tentatives sont faites pour mettre l'accent sur les dangers démontrables de l'alcool, ce qui relègue la discussion de la question de la drogue à l'arrière-plan politique. D'une manière générale, les dangers de l'alcool sont comparés à ceux du cannabis.

Un autre point débattu à la table ronde était que le principal obstacle à la recherche de solutions au problème de la drogue et de la conduite d'un véhicule est l'absence de connaissances ou de recherches. Il n'existe pas d'études significatives concernant les dangers de la drogue au volant et aucune amélioration de ce niveau de connaissance n'est prévisible en Autriche. Une des raisons de cette situation, selon certains des experts, est qu'il est plus facile de fermer les yeux vis-à-vis du problème que d'en déterminer l'ampleur et d'y trouver des solutions. Ils ont aussi conclu que les possibilités de recherche sont limitées parce que les conventions internationales sur la drogue ne permettent pas en général des recherches systématiques sur les drogues illicites.

1.9. Table ronde

La discussion a porté sur la nouvelle Loi autrichienne du 1.1.1998 concernant la drogue et les stupéfiants («Suchtmittelgesetz»), qui prévoit un ensemble particulier de règlements sur les substances psychotropes. En plus d'une explication détaillée sur les règlements juridiques concernant les drogues en général et les pouvoirs de la police en matière de circulation, les participants ont aussi débattu des sanctions sévères de retrait ou de révocation des permis prises à l'encontre des consommateurs de drogue détenteurs de permis de conduire.

Les participants ont aussi débattu de l'absence de recherches concernant la drogue due à des contraintes juridiques. Ce manque de connaissances, ont-ils dit, empêche de trouver des moyens raisonnables de lutter contre le problème de la drogue, tant sur le plan général que sur le plan de la circulation.

2. Belgique

2.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Les activités liées à la drogue tombent sous le coup de la Loi du 24/2/1921, modifiée par la Loi du 9/7/1975. Selon les participants à la table ronde, la loi comprend une liste de drogues illicites qui s'inspirent de la liste des Nations Unies de drogues illicites usuelles (héroïne, cocaïne, cannabis, amphétamines, amphétamines sur mesure, LSD, etc.) et s'applique aussi aux médicaments psychoactifs. Le niveau des sanctions est le même quelle que soit la substance concernée, c'est-à-dire que la possession d'un médicament psychoactif non prescrit par un médecin entraîne les mêmes sanctions et peines que celles prévues pour la détention d'une drogue illicite.

Tableau 2.1. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue[3]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pas d'infraction
Base juridique	Loi du 24/2/1921, modifiée par la Loi du 9/7/1975			Pas de sanctions
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: 3 mois à 5 ans et **Amende**: 200 000 à 20 000 000			
Circonstances aggravantes	**Prison**: 5 à 10 ans (pour une activité provoquant une maladie incurable, une invalidité permanente, ou une activité avec des mineurs (moins de 16 ans)) Travaux forcés: 10 à 15 ans (pour les cas entraînant un décès ou si la personne était membre d'une bande) Travaux forcés: 15 à 20 ans (pour les cas entraînant un décès, si la personne était un chef de bande ou s'il y a eu activité avec des mineurs (16 ans ou moins)			

La loi belge sanctionne la vente et la détention comme étant des infractions pénales, mais non la consommation de drogue par un individu agissant seul. Selon la table ronde, la consommation au sein d'un groupe est passible de sanctions pénales. Le terme de «groupe» signifie plus d'une personne. Selon les participants à la table ronde, il existe d'autres peines que l'emprisonnement pour certaines catégories de contrevenants. Chaque cas est examiné individuellement. En outre, les participants ont ajouté que tout objet ayant servi au commerce de la drogue, de même que tout bénéfice provenant de la vente de drogue, peuvent être confisqués par les autorités compétentes.

Possession de petites quantités pour usage personnel. Si une personne est découverte en possession d'une quantité de drogue suffisamment réduite pour être présumée à son usage personnel, aucune sanction n'est généralement appliquée, bien que les experts de la table ronde aient fait savoir que des poursuites étaient possibles pour détention de drogue.

3. Les amendes indiquées dans les tableaux 2.1 et 2.2 sont exprimées en francs belges.

2.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 2.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire**)**	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Base juridique	Loi fédérale sur la circulation routière	Loi féd. sur la circ. routière	Loi féd. sur la circ. routière	Loi féd. sur la circ. routière
Sanctions et peines prévues par la loi	**Limite: 0,5 pour mille** **Amende**: 5 000 – 100 000 BEF **Limite: 0,8 pour mille** **Prison** 15 jours - 6 mois ou **amende**: 40 000 - 400 000 BEF	**Prison** 15 jours - 6 mois ou **Amende**: 40 000 – 400 000 BEF	**Prison** 15 jours - 6 mois ou **Amende**: 40 000 - 400 000 BEF	**Prison** 15 jours - 6 mois ou **Amende**: 40 000 - 400 000 BEF
DROGUES				
	«tolérance zéro» (avec limites de détection par analyse)	Critère: conduite semblable à celle d'une personne sous l'influence de l'alcool		
	Prison: 15 jours - 6 mois, ou **Amende**: 40 000 – 400 000 BEF			

Alcool. La limite actuelle est de 0,5 pour mille d'alcool dans le sang, en vertu de la Loi fédérale sur la circulation routière; l'alcoolémie est déterminée par l'alcootest. Si l'alcoolémie dépasse 0,8 pour mille, des sanctions plus sévères sont applicables, même sans accident. Les sanctions sont décidées par le juge dans le cadre d'une procédure pénale. Les conducteurs avec une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,8 pour mille doivent attendre au moins trois heures ou avoir un test négatif avant d'être libérés. Si l'alcoolémie dépasse 0,8, la durée est de six heures. Si à la fin de la période d'attente, le test est toujours positif, une nouvelle période de trois à six heures commence, selon le niveau d'alcoolémie.

Drogues. Outre le règlement visant la conduite d'un véhicule «semblable à la conduite sous l'influence de l'alcool», qui s'applique aux cas où l'incapacité de conduire est patente, la Belgique a adopté une réglementation fondée sur une limite analytique zéro. Entrée en vigueur en avril 1999, celle-ci couvre les substances suivantes: 1. THC; 2. amphétamines; 3. MDMA, MDEA et MBDB; 4. morphine; 5. cocaïne ou benzoylecgonine.

La nouvelle loi définit en outre les seuils de détection par analyse, c'est-à-dire les concentrations sanguines dont la présence est nécessaire pour que le test soit considéré comme positif: THC, 2 ng/ml; amphétamines, MDMA, MDEA et MBDB, 50 ng/ml; morphine, 20 ng/ml; cocaïne ou benzoylecgonine, 50 ng/ml. On notera toutefois que les seuils de détection par analyse sont énoncés dans la loi elle-même, et non, comme en Allemagne et en Suède, laissés à l'appréciation des experts médico-légaux et des toxicologues. S'agissant de ces seuils de détection, le terme «limite zéro» peut induire en erreur.

Les sanctions pour infraction à la nouvelle loi sont de nature pénale; l'éventail est indiqué dans le tableau.

2.3. Action de la police

2.3.1. Contrôles effectués par la police

Les règlements concernant les méthodes de dépistage au moment des contrôles sur la route sont inclus dans la Loi fédérale sur la circulation routière, qui s'applique à tout le territoire. Les participants à la table ronde ont souligné que les contrôles de la police ne sont pas effectués au hasard, mais sont toujours fondés sur une raison particulière. Le but premier des contrôles est de limiter l'important commerce de drogue entre les Pays-Bas et la Belgique. Même si aucun contrôle aléatoire par la police n'a lieu, un conducteur peut être arrêté si la police le soupçonne d'être en état de déficience lié à la drogue ou à l'alcool.

2.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Habituellement, la recherche de drogues ne constitue qu'un des éléments d'un contrôle de police. Toutefois, des contrôles à but déterminé sont effectués pendant les week-ends chez les conducteurs quittant les discothèques et autres lieux où l'on s'attend à une forte concentration de personnes et à la présence de drogues. La plupart du temps les contrôles de police sont effectués pendant les week-ends ou lors d'événements spéciaux.

2.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Outre l'institution d'une tolérance zéro pour les drogues, la nouvelle loi comprend des dispositions précises concernant les preuves matérielles dans les affaires de drogue. Si un conducteur présente des signes visibles donnant à penser qu'il se trouve sous l'influence d'une drogue (modification des caractéristiques pupillaires par exemple), ses urines devront être analysées. Si ce test est positif, une analyse de sang sera ordonnée. La nouvelle loi définit les seuils de détection non seulement pour le sang (voir 2.2.), mais aussi pour l'urine. Si un conducteur refuse de se soumettre à une analyse d'urine, on considérera le résultat comme positif.

2.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

La police belge se sert de dispositifs pour les analyses d'urine lors de contrôles effectués sur la route. Cette méthode est toutefois sujette à caution (voir Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues et Problèmes constatés, ci-dessous). Avec la nouvelle loi, l'analyse d'urine jouera un rôle accru.

2.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Afin d'appliquer la nouvelle loi avec efficacité, la police belge a reçu une formation à la reconnaissance de l'usage de drogues. Etant donné que l'ordre de procéder à un test urinaire demande qu'il y ait présomption d'usage de drogue, il est très important que les policiers soient capables d'en détecter les signes visibles (voir 2.3.3).

2.3.6. Problèmes constatés

Selon les participants à la table ronde et les réponses au questionnaire, les principaux problèmes rencontrés par la police pendant le dépistage de drogues chez les conducteurs étaient:

- les conducteurs ne sont pas toujours en état de fournir un échantillon d'urine
- la police doit s'assurer que l'intimité du conducteur est respectée pendant l'analyse d'urine.

2.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Le «marchandage judiciaire» («plea bargaining») – c'est-à-dire le fait d'admettre avoir commis une infraction moindre et d'en accepter les sanctions – n'est pas possible dans le système judiciaire belge. En vertu de la nouvelle loi, les tribunaux condamneront une personne pour conduite sous l'influence d'une drogue si une analyse de sang est positive, bien que les participants à la table ronde aient ajouté qu'une personne pouvait en contester les résultats devant le tribunal.

2.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Le fait d'avoir conduit sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue entraîne le retrait du permis et le respect de conditions spéciales pour sa restitution. La décision de retirer et de restituer un permis appartient au juge dans le cadre d'une procédure pénale. Selon les participants à la table ronde, le juge peut prendre en considération la nécessité pour le contrevenant de se servir d'une voiture pour se rendre à son lieu de travail, le niveau d'intoxication ou de déficience, ainsi que d'autres facteurs. Cette information est confirmée par de Gier (1993; page 38), qui signale que le retrait et la restitution d'un permis sont décidés par le tribunal. La procédure précise permettant la restitution du permis dépend de la décision du conseiller médical.

Il n'existe pas d'autres informations précises concernant les règlements en matière de permis pour les consommateurs de drogue ou les toxicomanes en général. Selon de Gier, page 38, les candidats à un permis doivent remplir un formulaire et déclarer «qu'ils ne consomment pas régulièrement de drogues médicinales, telles que les hypnotiques ou les tranquillisants ou toutes autres substances psychotropes, et qu'ils n'ont pas été en traitement au cours des cinq dernières années pour abus d'alcool, de substances médicinales ou de drogues illicites». Il est indiqué sur le formulaire que toute déclaration inexacte sera sanctionnée.

Plusieurs niveaux de retraits du permis sont possibles en Belgique, selon les participants à la table ronde. La police retire effectivement un permis si le conducteur a un alcootest positif; il est alors détenu pendant 3 ou 6 heures (et dans certains cas pendant 6 heures supplémentaires) avant d'être autorisé à reprendre la route. Avec la nouvelle loi sur la drogue, si une analyse d'urine est positive ou ne peut être effectuées, ou si le conducteur refuse le test, sa voiture peut lui être retirée pendant 12 heures, après quoi un nouveau test est effectué, avec une nouvelle période de 6 heures d'interdiction de conduire si le test est positif. Une fois que la procédure pénale est en route, le procureur peut sommairement décider de retirer le permis pendant 15 jours. Un juge peut retirer un permis pendant une période allant jusqu'à un an ou de façon permanente. Les conducteurs dont le permis n'a pas été retiré de façon permanente doivent repasser un examen de conduite avant que leur permis puisse leur être restitué.

2.6. Prévention

Des campagnes de prévention de la drogue visant expressément les conducteurs existent en Belgique et sont décrites ci-dessous dans la section consacrée à la table ronde. Selon les participants, la Belgique a à la fois des programmes de sécurité active et de sécurité passive concernant l'utilisation de drogues. En ce qui concerne les médicaments, les participants n'étaient pas certains de la mesure dans laquelle les avertissements sur les notices dans les emballages influaient sur la sécurité de la circulation et dans quelle mesure ils étaient complétés par l'avis des pharmaciens au moment où le médicament était vendu. L'on considérait généralement que les avertissements sur les notices dans les emballages contenaient trop peu d'informations pour avoir beaucoup d'effet.

Les pratiques des assureurs belges avaient, dans une certaine mesure, un effet préventif. Voir la section consacrée à la table ronde pour de plus amples informations.

De manière anecdotique, les participants à la table ronde ont signalé quelques initiatives privées prises par les brasseries belges pour encourager la conduite responsable, notamment chez les jeunes. Les grandes brasseries commercialisent aussi des boissons sans alcool de sorte que leurs campagnes ne sont pas considérées comme entièrement désintéressées. Au cours des trois dernières années, le Club des Kiwanis a aussi consacré un certain temps et des fonds à des campagnes préventives contre la drogue, toujours selon les participants à la table ronde. Ceux-ci ont conclu que la prévention de l'abus de l'alcool a eu le plus d'effet au niveau des communautés et que des modèles de ce même genre ont le plus de chances de réussir également pour la prévention de l'abus de drogues.

2.7. Statistiques officielles

Voir Meulemans, Belgium Toxicology and Trauma Study (BTTS), qui donne différentes informations statistiques concernant les drogues et la circulation routière en Belgique et au Luxembourg. Les taux de condamnations pour conduite sous l'influence de drogues ne sont toutefois pas disponibles.

2.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Il y a clairement une volonté politique d'aborder le problème de la drogue et de la sécurité routière. Le gouvernement a ainsi fortement appuyé l'étude BTTS et a commencé à rédiger une nouvelle loi sur la drogue au volant peu après que les conclusions de l'étude ont été diffusées. Le Secrétaire d'Etat à la sécurité appuye différentes initiatives de l'Union européenne sur la drogue et la conduite d'un véhicule, par exemple une étude de de Gier et le projet ROSITA de la DG VII.

La coalition gouvernementale au pouvoir au moment de la table ronde était opposée à la légalisation des drogues, bien que certains membres du gouvernement plaident, semble-t-il, pour une attitude modérée à l'égard d'une éventuelle légalisation des «drogues douces». Une commission parlementaire a constaté que, parmi celles-ci, le cannabis entraîne les risques les plus faibles pour les consommateurs; elle n'a toutefois défini aucune démarche pour la légalisation de cette drogue.

2.9. Table ronde

La Belgique fait exception parmi les nations européennes puisqu'elle s'efforce d'étudier et de résoudre les problèmes de la conduite sous l'influence de la drogue. Le BTTS, soumis par la Société belge de médecine en cas d'urgence et catastrophe, la Société toxicologique de Belgique et du Luxembourg, et l'Institut belge de la sécurité routière, donnent une vue d'ensemble de l'utilisation de l'alcool, des médicaments et de drogues illicites parmi les conducteurs ayant eu des accidents et admis à l'hôpital entre janvier 1995 et janvier 1996.

Une grande partie de l'information obtenue au cours de la table ronde est présentée dans les sections précédentes. Toutefois, cette discussion a également donné l'occasion aux participants de débattre de leurs observations concrètes et d'aborder des questions non couvertes par le questionnaire.

La table ronde a aussi exploré les problèmes fréquemment constatés dans les autres pays collaborant à cette étude du Conseil de l'Europe; les participants ont généralement souhaité que l'on mette au point un test de terrain rapide et fiable pour le dépistage de drogues pouvant causer un état de déficience chez les conducteurs. En outre, ils ont discuté des conséquences de l'absence en Belgique d'un programme permanent de contrôles policiers, tels que les barrages routiers aux frontières. Etant donné la proximité des Pays-Bas qui ont des ports offrant des points d'arrivée et de départ pour l'Atlantique Nord, et les politiques tolérantes en matière de drogue qui y sont pratiquées, la Belgique est fortement préoccupée par le trafic de drogue transfrontière.

La Belgique a mis en oeuvre plusieurs programmes actifs et passifs de sensibilisation à la sécurité en matière de drogues. L'un d'eux consiste à rendre le consommateur d'une drogue prescrite conscient des risques qu'il court en utilisant des machines ou en conduisant un véhicule. Ce programme commencera en 1999. Un autre vient du secteur des assurances en Belgique: si le titulaire d'une assurance est verbalisé pour conduite en état d'ivresse, sans avoir eu d'accident, les primes d'assurance n'augmentent pas. Si, toutefois, un accident résulte de la conduite sous l'influence de l'alcool, la prime du conducteur augmente et, en plus, celui-ci doit rembourser la compagnie d'assurance pour tous dommages résultant de l'accident. D'autres programmes encouragent une tolérance zéro pour les drogues chez les conducteurs qui fréquentent les discothèques et les bars, mais il n'existe pas encore de données concernant leur efficacité. Ces programmes ont été conçus pour amener les propriétaires de bars et de discothèques à coopérer avec les autorités dans des initiatives à tolérance zéro.

Les données du Belgian Toxicological and Trauma Study (BTTS) portent à croire que le nombre d'accidents de la route entraînant des blessures ou la mort a diminué (page 94), peut-être en raison d'une modification du code de la route et d'une plus grande sensibilisation à la sécurité. Cette étude est examinée dans de Gier (1998, pages 12 à 14).

3. République tchèque

3.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Les dispositions juridiques relatives à la consommation de drogue sont comprises dans le Code pénal. Il n'y a pas de loi visant expressément la drogue. Les dispositions du code s'appliquent à toutes les substances, en particulier l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et les médicaments ayant des effets psychoactifs. D'autres substances visées par des dispositions pénales figurent sur la «liste des substances stupéfiantes et psychotropes». La gravité des sanctions est la même pour toutes les substances couvertes par la loi. En ce qui concerne les médicaments, aucune peine n'est imposée à une personne en possession d'une substance psychotrope prescrite par un médecin.

Tableau 3.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[4]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale	Pénale	
Base juridique	Art. 187 du Code pénal	Art 187, CP (lorsque la quantité de drogue «dépasse une quantité petite»)	Art 187, CP (lorsque la quantité de drogue «dépasse une quantité petite»)	
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 15 ans. **Amende**: 2 000 à 5 000 000	**Prison**: max. 5 ans. **Amende**: 2 000 à 5 000 000	**Prison**: max. 5 ans. **Amende**: 2 000 à 5 000 000	Pas de sanctions.
Circonstances aggravantes				

Petite quantité pour usage personnel. Avant la réforme de la législation sur la drogue, entrée en vigueur le 1.1.1999, la détention n'était pas sanctionnée s'il pouvait être prouvé que la drogue, quelle qu'en soit la quantité, servait uniquement à un usage personnel. Dans la pratique, toutefois, il était très difficile de prouver que la détention de drogue par une personne n'était pas exclusivement destinée à sa consommation personnelle. Cet aspect de la loi a été exploité par les revendeurs. La dépénalisation de la détention de drogue pour un usage personnel a donc fait l'objet d'une importante réforme.

Selon la nouvelle réglementation, la détention entraînera une sanction si la quantité «dépasse une quantité petite». La définition de ce terme est vivement discutée. Selon les recommandations du ministère de la Santé et du ministère de l'Intérieur, cette définition désigne la quantité journalière moyenne de la drogue en question détenue pour usage personnel.

4. Les amendes indiquées dans les tableaux 3.1 et 3.2 sont exprimées en couronnes tchèques.

3.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Comme il n'y a pas de notion de limite analytique pour les conducteurs sous l'influence de la drogue, la preuve d'une déficience est nécessaire dans chaque cas. Dans la pratique, cette condition est rarement remplie, selon les participants à la table ronde. La preuve la plus importante et la plus décisive est l'examen médical.

Tableau 3.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures**)**	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Administrative	Pénale	Pénale	
Bases juridiques	Art. 30 de la Loi sur les infractions mineures (Loi n° 124/1993)	Art. 201 du Code pénal (Loi n° 65/1994)	Art. 201 du Code pénal	
Sanctions et peines prévues par la loi	**Limite: 0,0 pour mille (sang)** (en pratique, 0,2 pour mille) **Amende**: max. 10 000 **Retrait de permis**: max. 1 an	**Amende**: max. 15 000 **Retrait de permis**: max. 2 ans **Récidivistes:** **Amende**: min. 15 000 **Prison**: 1 an **Retrait de permis**	**Amende**: min. 40 000 selon dommages **Prison**: max. 8 ans **Retrait de permis**	
Type d'infraction	Pénale			
Bases juridiques	Art. 201 du Code pénal			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Limite: 0,1 pour mille** **Amende**: max. 15 000 **Retrait de permis**: max. 2 ans **Récidivistes:** **Amende**: min. 15 000 **Prison**: 1 an **Retrait de permis**			
DROGUES/MEDICAMENTS				
Type d'infraction	Pas de limite analytique	Administrative	Pénale	
Bases juridiques		Art. 30 de la Loi sur les infractions mineures	Art. 201 du Code pénal	
Sanctions et peines prévues par la loi		Sanctions non énoncées explicitement	Amende: max. 40 000 selon dommages Prison: max. 8 ans Retrait du permis de conduire.	

3.3. Action de la police

3.3.1. Contrôles effectués par la police

Le pouvoir d'effectuer des contrôles est institué par la Loi sur la protection contre l'abus d'alcool et de drogue (Loi n° 40/1995) et par la Loi sur la circulation routière (Loi n° 12/1997), qui s'appliquent à tout le territoire.

3.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

L'alcootest ne peut être exigé que s'il y a suspicion de conduite sous l'influence de l'alcool. La loi tchèque ne permet pas à la police d'effectuer des contrôles au hasard. Le refus de se soumettre à un alcootest entraîne une amende pouvant aller jusqu'à 15 000 couronnes, et un retrait de permis pouvant aller jusqu'à deux ans. Un résultat positif ne suffit pas à lui seul comme preuve au cours de la procédure qui suit; il doit être confirmé par une analyse de sang et un examen médical.

3.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Dans tous les cas de suspicion de conduite en état de déficience, la police peut demander au conducteur de se soumettre à une analyse de sang. Lorsqu'il y a suspicion de déficience due à l'influence d'une drogue, la police peut en outre exiger l'analyse de l'urine et de la salive, mais ces procédures ne sont pas précisées par la loi. L'alcootest ne peut être administré de force. Le refus sera sanctionné par une amende comprise entre 5 000 et 15 000 couronnes, un retrait de permis pouvant aller jusqu'à deux ans, et éventuellement - selon les participnts à la table ronde - une peine de prison.

Les amendes maximum pour refus d'un alcootest ou d'une analyse de sang sont relativement faibles et ne sont pas comparables à celles appliquées dans le cas d'une déficience effective (voir le tableau ci-dessus). Elles ne constituent donc pas, selon les débats de la table ronde, une mesure suffisante pour contraindre le conducteur à se soumettre au test. Dans la pratique, cela semble poser un problème majeur parce que cette disposition encourage le refus.

Une observation souvent faite pendant la table ronde portait sur le problème actuel du coût relativement élevé des analyses de sang. Du fait, notamment, que la République tchèque a une économie en formation et que ses ressources sont limitées, la médecine légale n'a pas suffisamment progressé pour suivre le rythme de l'expansion du marché des drogues illicites et de l'abus de drogue. Les participants à la table ronde ont fait savoir qu'il existait certaines contradictions entre la police et les fonctionnaires de la santé sur la façon de mener le travail de médecine légale en laboratoire. Par exemple, il n'est pas toujours garanti qu'une personne compétente sera sur place pour faire les analyses de sang à la suite d'un accident de la circulation où l'on soupçonne le conducteur d'être sous l'influence de la drogue. Il n'est pas non plus établi clairement qui doit payer pour l'analyse.

Actuellement, la police tchèque n'a pas le pouvoir d'arrêter un conducteur soupçonné de conduire en état de déficience, mais sans avoir causé d'accident.

3.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

La police ne se sert pas de dispositifs de dépistage.

3.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Tout agent de police reçoit une certaine formation pour la reconnaissance de l'usage de drogues dans le cadre de sa formation de base, qui dure au moins six mois. Les fonctionnaires travaillant à la lutte contre la drogue reçoivent une formation spéciale additionnelle, bien qu'il n'apparaisse pas clairement qu'elle s'applique aussi à la police de la circulation.

3.3.6. Problèmes constatés

Comme indiqué ci-dessus, un des principaux problèmes signalé par la police est qu'elle n'a pas le pouvoir d'imposer une analyse de sang. Un autre problème est le manque de méthodes uniformes pour l'analyse des prélèvements organiques destinés au dépistage des drogues. Des recommandations de la Société tchèque de médecine légale et de toxicologie médico-légale existent, mais elles ne sont pas obligatoires. Enfin, le manque de financement pour le dépistage par la médecine légale de drogues chez les conducteurs ayant eu un accident est une des principales lacunes constatées dans l'application effective des lois sur la drogue.

Les ministres de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé ont lancé une initiative visant à améliorer l'application de la loi à l'encontre des conducteurs sous l'influence de la drogue; ce projet comprend des amendements juridiques et des moyens financiers pour l'équipement des laboratoires, le matériel de détection et la formation des policiers.

3.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

En raison du principe de la légalité, la marge d'appréciation d'un procureur est très limitée. Selon la nature de l'infraction, l'individu et la situation personnelle du contrevenant, le procureur peut classer l'affaire. Cette décision est la plus fréquente pour les consommateurs occasionnels de drogue, les personnes sans casier judiciaire ou celles qui acceptent de suivre un traitement.

Les marchandages judiciaires visant à obtenir une moindre peine sont possibles dans le système judiciaire tchèque, notamment pour les affaires mineures. Toutefois, ils ont rarement lieu dans le cas de la drogue. Pour les condamnations, la marge d'appréciation du tribunal varie selon la gamme des sanctions spécifiées par la loi (par exemple, mise à l'épreuve, amende, emprisonnement, traitement, retrait du permis). La plupart des affaires sont réglées en l'espace d'un an après les constatations de la police.

3.5. Règles régissant la restitution du permis

En cas de conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, les permis de conduire sont retirés. Il n'apparaît toutefois pas clairement quelles procédures sont appliquées pour la restitution du permis.

3.6. Prévention

Voir section 3.8, Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues, et section 3.9, Table ronde, ci-dessous.

3.7. Statistiques officielles

Selon les statistiques judiciaires pour 1998 (allant jusqu'à juillet) l'on compte 1 250 condamnations pour conduite sous l'influence de l'alcool et 2 condamnations pour conduite sous l'influence de drogues. A la table ronde, les représentants du Centre de recherche sur les transports ont déclaré que 60 % des accidents mortels sur les routes de la République tchèque étaient en rapport avec l'alcool.

La République tchèque offre un très net avantage par rapport à de nombreux autres pays européens dans la mesure où elle distingue les condamnations pour conduite sous l'influence de l'alcool et celle relatives à l'influence de la drogue, comme l'indiquent les statistiques judiciaires. Pour de plus amples informations concernant les statistiques, voir section 3.9, Table ronde, ci-dessous.

3.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

L'opinion publique tend à être libérale envers la consommation de drogues. Le principe général de la politique actuelle tchèque en matière de drogue est la «réduction des effets nocifs» plutôt que l'abstinence. Les programmes de prévention et de traitement sont suffisamment financés mais les fonds pour la recherche sont minimaux.[5]

La discussion concernant la réforme de la réglementation sur la détention de drogues à usage personnel donne le ton général: les partisans de la réforme soulignent le coût élevé du traitement des toxicomanes, tandis que les détracteurs font valoir que chaque personne a le droit de se faire mal à elle-même. De l'avis des experts qui ont répondu au questionnaire et assisté à la table ronde, la raison profonde de ce droit (où il est même question des droits de l'homme en général) est une réaction à l'ouverture des frontières en direction de l'Ouest. Les participants à la table ronde ont aussi déclaré que les arguments en faveur de la libéralisation des politiques de la drogue étaient centrés sur les questions des droits de l'homme, plutôt que sur le «souci des intérêts de la communauté».

Différentes opinions concernant une politique de la drogue existent dans tous les partis et traduisent des attitudes qui sont en général associées respectivement aux partis libéraux et conservateurs des autres pays européens. Dans une certaine mesure, le débat politique concernant les drogues est lié au débat concernant l'alcool. Le lobby libéral invoque l'argument selon lequel la consommation licite d'alcool devrait former la base de la libéralisation de la consommation d'autres drogues et du droit de détenir des drogues pour son usage personnel.

5. Cette information a pu être obtenue de la table ronde et diffère quelque peu des réponses dans le questionnaire.

3.9. Table ronde

La table ronde tenue à Prague a été une très bonne occasion pour les autorités et chercheurs tchèques d'exposer les problèmes logistiques chez les fonctionnaires de la santé et les efforts respectifs qu'ils déploient pour réduire l'incidence dans la République tchèque de la conduite sous l'influence de drogues. Par exemple, les chercheurs n'étaient pas parmi les principaux bénéficiaires d'un récent programme de financement pour la prévention doté d'un total de 15 millions de couronnes, ont affirmé les participants. Le financement a servi essentiellement à la distribution de seringues, aux programmes d'éducation concernant les méthodes sûres d'injection des drogues et aux programmes préventifs.

La table ronde a aussi donné la possibilité de rendre compte de l'activité du Centre de recherche sur les transports. Le centre a activement soutenu la collecte d'informations statistiques, la mise au point et la promotion de l'inspection des véhicules, l'amélioration de la construction des routes et la formation des agents de police à la reconnaissance de signes de déficience. Un des principaux résultats positifs de la table ronde a été la discussion des innovations en matière de sécurité routière dans la République tchèque. Par exemple, à partir de janvier 1999, une directive du Ministère des transports rattachera l'inspection des véhicules à la délivrance des permis.

Bien que ce soit la République tchèque qui ait peut-être fourni l'ensemble le plus complet de statistiques officielles concernant les condamnations pour consommation de drogue, le rôle des drogues dans les accidents mortels de la circulation est difficile à évaluer, ont déclaré les participants de la table ronde.
La raison de cette lacune est que la cause du décès dans un rapport d'autopsie est souvent mentionnée comme étant «la perte de sang» ou une autre raison qui n'établirait pas nécessairement de lien entre l'accident mortel et la consommation de drogue.

Les participants à la table ronde dans la République tchèque ont généralement été d'accord pour dire qu'un programme intégrant la sécurité routière, la recherche sur la drogue et la coordination entre la médecine légale et l'application de la loi serait un élément essentiel pour réduire ce que l'on perçoit comme étant une progression de plus en plus sérieuse de la conduite sous l'influence de drogues.

4. Danemark

4.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

La base juridique qui réglemente la distribution illicite de drogues figure dans la loi de 1955 sur les produits euphorisants et dans ses modifications ultérieures. Aux termes des chapitres 1 et 2 de cette loi, le fait d'importer, exporter, vendre, acheter, fournir, recevoir, fabriquer, transformer ou posséder des euphorisants constitue une infraction pénale, sauf autorisation particulière. Les substances qui sont définies comme euphorisants au titre de la loi sont énumérées dans un décret arrêté en application de cette loi et sont régulièrement révisées à mesure que de nouveaux produits euphorisants apparaissent sur le marché clandestin. Le chapitre 3 de la loi stipule que les sanctions en cas de violation de la loi peuvent consister en une amende, une détention simple ou un emprisonnement allant jusqu'à deux ans. La loi ne prévoit pas de circonstances aggravantes particulières susceptibles d'accroître la sanction, et n'établit pas de distinction entre drogues dures (cocaïne, héroïne, amphétamines) et drogues douces (cannabis, marijuana). Dans la pratique cependant, les tribunaux tiennent compte des différents types de drogues lorsqu'ils imposent une sanction, étant moins sévères dans les cas de trafic de cannabis et de marijuana que pour les infractions liées à d'autres euphorisants durs. Dans une circulaire concernant les poursuites pour violation de la législation en matière d'euphorisants, le procureur général recommande que la police règle les cas de détention de petites quantités de cannabis en classant l'affaire après une mise en garde du contrevenant. En général, la détention de drogues dures pour usage personnel sera sanctionnée par une amende. En automne 1996, le ministre de la justice a proposé de modifier la loi sur les euphorisants de manière à alourdir la sanction pour les contrevenants qui détiennent de petites quantités de drogues dures, pour leur consommation personnelle en apparence, mais qui ont l'intention de les vendre.

Le code pénal danois contient des dispositions réglementant les infractions graves en matière de stupéfiants. Le chapitre 191 distingue la criminalité organisée dans ce domaine. Les circonstances aggravantes entraînant des sanctions plus sévères comprennent le transfert de drogues dures, notamment, à un grand nombre de personnes ou en vue d'un gain substantiel. La sanction est l'emprisonnement jusqu'à six ans maximum, qui peuvent être portés à dix ans si le transfert porte sur de grandes quantités de stupéfiants particulièrement dangereux. Dans des circonstances extrêmement aggravantes, il peut s'ajouter une augmentation de peine pouvant représenter jusqu'à 50 % de la peine maximale.

La loi danoise sur l'administration de la justice permet le recours à plusieurs méthodes de procédure pénale dans les enquêtes liées à la drogue, notamment la réglementation en matière d'arrestation (chapitre 69), détention (chapitre 70), mise sur écoute des conversations et communications téléphoniques (chapitre 71), recherche et saisie (chapitre 73 et partie du chapitre 75b).

Consommation, possession et vente

Lorsqu'il s'agit d'une première infraction, le contrevenant est inscrit dans le registre criminel central, pour détention ou usage de drogue. En cas de récidive, le contrevenant sera généralement passible d'une peine ou d'une amende de 2000 couronnes danoises, et d'emprisonnement en cas de vente de drogue sur la voie publique. La peine pour trafic de drogue sera l'emprisonnement lorsqu'il s'agit de quantités qui ne sont pas jugées minimes. Cette peine d'emprisonnement ne s'applique cependant pas dans les cas de transfert occasionnel de cannabis sans rémunération, de distribution de petites quantités de cannabis à des amis, ou de vente

de cannabis dans des cas isolés contre une rémunération modeste. Ces affaires sont normalement réglées par l'imposition d'une amende ou par une simple détention, selon la nature de l'infraction.

Tableau 4.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Cannabis				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi sur les drogues euphorisantes § 3,1, cf § 1 de l'arrêté sur les drogues euphorisantes § 27,1, cf § 2 liste A n°1 et code pénal § 191			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 7 jours à 6 ans **Amende**: pas de montant fixe Autres: possibilité de sursis, incluant très rarement des services d'utilité collective. Les personnes âgées de 15 à 18 ans obtiennent probablement plus souvent un sursis, bien que la loi traite en principe l'affaire comme pour des adultes			
Circonstances aggravantes	Oui, en cas de vente à un grand groupe de personnes avec bénéfices ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.	Oui, en cas de détention dans le but de vendre la drogue à un grand groupe de personnes avec bénéfice ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.		
Autres conséquences	Confiscation de la voiture utilisée pour transporter la drogue. Le sursis peut comprendre une condition concernant la réadaptation des toxicomanes. Interdiction de conduire si la personne est en état de dépendance.			
Héroïne et khat				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi sur les drogues euphorisantes § 3,1, cf § 1 de l'arrêté sur les drogues euphorisantes § 27,1, cf § 2 liste A n°1 et code pénal § 191			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 7 jours à 10 ans **Amende**: pas de montant fixe Autres: possibilité de sursis, incluant très rarement des services d'utilité collective. Max. 8 ans pour les personnes âgées de 15 à 18 ans, elles obtiennent probablement plus souvent un sursis, bien que la loi traite en principe l'affaire comme pour des adultes			
Circonstances aggravantes	Oui, en cas de vente à un grand groupe de personnes avec bénéfices ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.	Oui, en cas de détention dans le but de vendre la drogue à un grand groupe de personnes avec bénéfice ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.		
Autres conséquences	Confiscation de la voiture utilisée pour transporter la drogue. Le sursis peut comprendre une condition concernant la réadaptation des toxicomanes. Interdiction de conduire si la personne est en état de dépendance.			

	Vente	Détention	Petites quantités pour usage personnel	Consommation
Cocaïne, y compris le crack dérivé de la cocaïne, amphétamines, opium brut et morphine pure				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi sur les drogues euphorisantes § 3,1, cf § 2 de l'arrêté sur les drogues euphorisantes § 27,1, cf § 3 liste B et code pénal § 191			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 7 jours à 10 ans **Amende**: pas de montant fixe Autres: possibilité de sursis, incluant très rarement des services d'utilité collective. Max. 8 ans pour les personnes âgées de 15 à 18 ans, elles obtiennent probablement plus souvent un sursis, bien que la loi traite en principe l'affaire comme pour des adultes			
Circonstances aggravantes	Oui, en cas de vente à un grand groupe de personnes avec bénéfices ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.	Oui, en cas de détention dans le but de vendre la drogue à un grand groupe de personnes avec bénéfice ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.		
Autres conséquences	Confiscation de la voiture utilisée pour transporter la drogue. Le sursis peut comprendre une condition concernant la réadaptation des toxicomanes. Interdiction de conduire si la personne est en état de dépendance.			
Médicaments ayant des effets psychoactifs				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Divers paragraphes de la loi sur les drogues euphorisantes et de l'arrêté sur les drogues euphorisantes et code pénal § 191			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 7 jours à 6 ans **Amende**: pas de montant fixe Autres: possibilité de sursis, incluant très rarement des services rendus à la communauté. Les personnes âgées de 15 à 18 ans obtiennent probablement plus souvent un sursis, bien que la loi traite en principe l'affaire comme pour des adultes			
Circonstances aggravantes	Oui, en cas de vente à un grand groupe de personnes avec bénéfices ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.	Oui, en cas de détention dans le but de vendre la drogue à un grand groupe de personnes avec bénéfice ou à des enfants. La quantité de drogue compte également.		
Autres conséquences	Confiscation de la voiture utilisée pour transporter la drogue. Le sursis peut comprendre une condition concernant la réadaptation des toxicomanes. Interdiction de conduire si la personne est en état de dépendance.			

4.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 4.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi danoise sur la circulation routière, § 53			
Sanctions et peines prévues par la loi	Limites (taux d'alcoolémie)	Condamnation		Retrait du permis
	Première fois, sans circonstances aggravantes			
	.051 -.080% .081 -.120% .121 -.150% .151 - 200% .201 -.250% .251 -	4000 DKK Amende* Amende* Amende* 14 jours d'emprisonnement 20 jours d'emprisonnement		- Conditionnel 1 an, inconditionnel 2 ans, inconditionnel 2,5 ans, inconditionnel 2,5 ans, inconditionnel
	Première fois, avec circonstances aggravantes			
	.051 -.080% .081 -.120% .121 -.150% .151 - 200% .201 -.250% .251 -	5000 DKK Amende* Amende* 14 jours d'emprisonnement 20 jours d'emprisonnement 30 jours d'emprisonnement		- Conditionnel 1 an, inconditionnel 2,5 ans, inconditionnel 3 ans, inconditionnel 3 ans, inconditionnel
	Deuxième fois, sans circonstances aggravantes			
	.051 -.080% .081 -.120% .121 -.150% .151 - 200% .201 -.250% .251 -	5000 DKK 10 jours d'emprisonnement 14 jours d'emprisonnement 20 jours d'emprisonnement 30 jours d'emprisonnement		- 3 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel
	Deuxième fois, avec circonstances aggravantes			
	.051 -.080% .081 -.120% .121 -.150% .151 - 200% .201 -.250% .251 -	8000 DKK 14 jours d'emprisonnement 20 jours d'emprisonnement 30 jours d'emprisonnement 40 jours d'emprisonnement		- 3 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel 5 ans, inconditionnel
	En cas de conduite en état d'ivresse pendant la période de retrait du permis, la sentence sera majorée de dix jours d'emprisonnement.			
	Troisième fois, sans circonstances aggravantes			
	.051-.080% .081 -	8000 DKK Minimum 30 jours d'emprisonnement		Conditionnel 10 ans, inconditionnel
	En cas de conduite en état d'ivresse pendant la période de retrait du permis, la sentence sera majorée de dix jours d'emprisonnement.			
	***Le montant de l'amende représente normalement 4% du revenu annuel.**			

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
Circonstances particulières	En fonction de la récidive (voir plus haut)			
				Sanction supplémentaire éventuelle pour d'autres infractions routières
Autres conséquences	Suspension du permis de conduire (voir plus haut)			Suspension du permis de conduire (voir plus haut), avec réduction éventuelle des conditions pour l'assurance automobile/les effets personnels
Drogues illicites et substance psychoactives prescrites				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi danoise sur la circulation routière, § 54			
Sanctions et peines prévues par la loi	Pas de peine fixe. Varient d'une amende à un emprisonnement d'un an maximum. Décision au cas par cas. Sursis éventuel comprenant par exemple une réadaptation (code pénal § 56) Réduction éventuelle pour les personnes de moins de 18 ans (code pénal § 84)			
Circonstances particulières	En cas de récidive			
				Sanction supplémentaire éventuelle pour d'autres infractions routières
Autres conséquences	Retrait éventuel du permis de conduire si la personne est toxicomane, cf arrêté sur le permis de conduire § 38 Eventuellement, suspension conditionnelle ou inconditionnelle du permis de conduire allant de 6 mois à un retrait à vie, en fonction des antécédents			
				Réduction éventuelle des conditions pour l'assurance automobile/les effets personnels

4.3. Action de la police

4.3.1. Contrôles effectués par la police

En vertu de la loi danoise sur la circulation routière, applicable au niveau national:

conformément au § 77, la police peut arrêter un véhicule et faire vérifier s'il présente des défauts, et peut contrôler si le conducteur remplit les conditions fixées par cette loi pour conduire le véhicule conformément au § 55, la police peut ordonner à tout moment à un conducteur de se soumettre à un alcootest. La police peut garder une personne pour faire effectuer une prise de sang ou un prélèvement d'urine s'il y a lieu de croire que cette personne a commis une infraction en vertu du § 53 (conduite en état d'ivresse) ou du § 54 (conduite sous l'influence de la drogue).

Si le conducteur refuse, on considère qu'il y a suspicion de conduite sous influence.

4.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

En règle générale, le conducteur est prié de se soumettre à un alcootest, voir point 1.3.1 ci-dessus. Si le résultat indique que la législation n'est pas respectée, la personne est arrêtée. Dans le cas contraire, on évalue l'état dans lequel se trouve la personne et l'agent de police décide s'il faut l'arrêter, sur la base éventuellement d'une suspicion d'un état de déficience causé par d'autres drogues que l'alcool. Cette décision est exclusivement prise par l'agent de police sur le moment.

L'accent n'est pas particulièrement mis sur la drogue, du fait qu'il n'est pas possible d'effectuer des tests sur la voie publique.

4.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Pour ce qui est de l'alcool, un alcootest positif ou une suspicion donneront lieu à une analyse de sang.

Si l'agent de police soupçonne que la personne conduit sous l'influence de la drogue, il ordonne des prélèvements de sang et d'urine.

4.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

En dehors des alcootests, le Danemark ne dispose pas d'autres dispositifs de dépistage utilisables sur la route.

4.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Les agents ne reçoivent pas de formation particulière au Danemark.

4.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Au Danemark, si la police soupçonne un conducteur d'être sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, elle l'arrêtera toujours et le conducteur ne pourra plus circuler librement, soit parce qu'il doit se soumettre à une analyse de sang, soit parce que il doit être conduit chez un docteur, à l'hôpital ou au poste de police.

La personne se trouve sous protection juridique lors de son arrestation.

Il n'existe pas de possibilité générale permettant d'éviter les poursuites.

Le procureur ne retire l'accusation que dans le cas où la base de l'accusation disparaît, c'est-à-dire lorsque l'analyse de sang n'apporte aucune preuve confirmant la présence de drogue chez le conducteur. Dans ce cas, si l'on détecte un taux d'alcoolémie excessif, l'affaire se limitera à l'accusation de conduite sous l'influence de l'alcool. L'accusation de conduite sous l'influence de la drogue sera ainsi abandonnée. Le «marchandage judiciaire» officiel n'est pas possible au Danemark.

4.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

(Données non disponibles).

4.6. Prévention

Le Danemark n'a pas de projet ou programme correctif ou curatif spécifique. (Données non disponibles concernant d'éventuelles campagnes d'information et de prévention).

4.7. Statistiques officielles

En 1997, 9 439 personnes ont été arrêtées. Ce chiffre comprend les conducteurs en état d'ivresse et les conducteurs sous l'influence de la drogue. Une condamnation a été prononcée pour 8 743 d'entre elles.

Les condamnations pour conduite sous l'influence de la drogue donnent les statistiques suivantes pour les cinq dernières années:

Année	Nombre de conducteurs sans accident	Nombre de conducteurs impliqués dans un accident avec ou sans blessure
1993	108	64
1994	98	66
1995	103	54
1996	99	77
1997	88	68

4.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Ces dernières années, le Danemark a accordé une attention croissante aux groupes vulnérables sur le plan social et aux groupes socialement marginalisés, et les milieux politiques et professionnels ont débattu des mesures possibles pour soutenir ces groupes de personnes, y compris les toxicomanes. Le traitement des toxicomanes est une mission qui a clairement été assignée aux provinces. Elle doit se centrer sur les efforts psychosociaux et le traitement à la méthadone comme produit de substitution.

Parallèlement, alors que l'on avait pu observer dans la deuxième moitié des années 70 et la première moitié des années 80, un désintérêt des jeunes pour l'essai de la drogue et une diminution du nombre de nouveaux toxicomanes graves, la situation a changé à partir de la seconde moitié des années 80. On a assisté à une nouvelle vague d'amphétamines, et le nombre d'héroïnomanes a augmenté. Dans le courant des années 90, la consommation d'amphétamines s'est maintenue au même niveau qu'à la fin des années 80. La consommation d'héroïne a continué à s'étendre parmi les groupes marginalisés, mais aussi parmi les jeunes mieux intégrés. On peut parler de double recrutement social pour la consommation d'héroïne. En même temps que la toxicomanie grave acquiert un caractère durable, il semble que les jeunes connaissent une nouvelle fascination pour les «substances nouvelles» telles que l'ecstasy et la cocaïne.

5. Finlande

5.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Tableau 5.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Stupéfiants et usage illicite de substances psychotropes				
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pénale
Base juridique	Loi sur les stupéfiants 1289/93; Code pénal chapitre 50, § 1, Infraction grave: § 2	Code pénal chapitre 50: § 1, § 2		Code pénal chapitre 50: § 1, § 2
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison:** max. 2 ans **Amende:** non spécifié	**Prison:** max. 2 ans **Amende:** non spécifié		**Prison:** max. 2 ans **Amende:** non spécifié
Circonstances aggravantes	Infractions graves: 1 à 10 ans de prison.	Non		Non

Les sanctions sont appliquées sans distinction entre les différentes drogues. La législation finlandaise prévoit cependant la notion de «drogue très dangereuse», qui s'applique aux stupéfiants susceptibles de provoquer la mort par overdose ou d'entraîner des effets graves pour la santé. Par ailleurs, le juge peut s'abstenir de prononcer une condamnation si le toxicomane suit un traitement.

5.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de l'alcool

Tableau 5.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
	CANNABIS, COCAÏNE, OPIACÉES, AMPHÉTAMINES			
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Code pénal chapitre 23, § 3			
Sanctions et peines	Infractions normales: amendes (en fonction du revenu, minimum 20 Marks finlandais) ou emprisonnement, max 3 mois Infractions graves: amendes minimum 60 jour, max 2 ans En cas de condamnation conditionnelle, toujours des amendes en supplément			
				Conformément à la législation routière en cas de blessures
Circonstances particulières	En cas de concentrations élevées, conséquences plus **graves**			
Autres conséquences	Conformément à la réglementation administrative: suspension du droit de conduire, modification de la couverture offerte par l'assurance, conditions spéciales pour la restitution du permis au conducteur.			

5.3. Action de la police

5.3.1. Contrôles effectués par la police

En vertu de la loi 1987/450 relative aux moyens coercitifs en matière d'enquête judiciaire, chapitre 6, § 3, applicable à tout le territoire, la police peut procéder à des activités de contrôle.

En Finlande, plus d'un million d'alcootests sont effectués chaque année. Des semaines de contrôle systématique sont organisées une ou deux fois par an au niveau national, et plus fréquemment au niveau régional au besoin.

5.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Suspicions de la police.

5.3.3. Règles régissant le recueil des preuves matérielles probantes

En ce qui concerne l'alcool, les résultats d'un alcoomètre de précision ou d'une analyse de sang ont valeur de preuve.

Pour les autres drogues, si un agent de police soupçonne le conducteur d'être en état de déficience, des prélèvements de sang (et d'urine) sont effectués et analysés en laboratoire.

Selon le chapitre 6 § 3 de la loi 1987/450 relative aux moyens coercitifs en matière d'enquête judiciaire, l'examen sanguin peut avoir lieu même sans le consentement du conducteur.

5.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

La Finlande ne possède actuellement pas de dispositifs pour le dépistage de drogues sur le terrain (lancement en été 1999, dans le cadre du projet européen de recherche Rosita).

5.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Tout agent de police reçoit une certaine formation pour la reconnaissance de l'usage de drogues dans le cadre de sa formation de base. La Finlande prévoit en outre de mettre en place en 1999 une formation en système expert pour la reconnaissance de l'usage de drogues.

5.3.6. Problèmes constatés

Les agents de police ont fréquemment signalé la difficulté d'établir une distinction, chez les conducteurs, entre les déficiences dues aux stupéfiants et les autres déficiences.

A cet égard, le chapitre 76 de la loi sur la circulation routière 90-676 autorise la police à interdire temporairement à un conducteur de prendre le volant s'il est en état de déficience, même lorsque la raison ne peut pas en être déterminée, ou s'il y a lieu de soupçonner que le conducteur représente un risque aggravé pour la circulation ou qu'il conduit sous l'influence de la drogue.

5.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Arrestation: si lors d'un contrôle (barrage routier, inspection aléatoire, points de contrôle de la circulation) la police détecte qu'un conducteur est sous l'influence de la drogue, elle lui imposera une interdiction temporaire de conduire. Dans les cas graves et dans les cas de conduite sous l'influence de la drogue, elle l'arrêtera.

Poursuites: En Finlande, le procureur ne dispose que d'une marge d'appréciation très limitée pour décider s'il y a lieu de classer l'affaire dans les cas de conduite sous l'influence de la drogue (1 à 2 % des affaires approximativement). Le cas ne peut se produire que lorsque des médicaments sont prescrits par un médecin, ou que l'on n'a pas détecté d'état de déficience.

Une des grandes difficultés que rencontrent les procureurs consiste à démontrer que les drogues utilisées ont nui à la capacité de conduire et ont représenté un danger pour la sécurité routière.

Condamnation et peine: En Finlande, le tribunal dispose d'une grande latitude pour condamner les personnes poursuivies pour conduite sous l'influence de la drogue; il décide des sanctions en fonction des preuves.

Dans de nombreux cas cependant, lorsqu'on a détecté à la fois l'alcool et la drogue, la sanction est uniquement liée à l'alcool. Il semble donc qu'un nombre relativement important (mais non précisé) de cas de conduite sous l'influence de la drogue ne soient jamais sanctionnés.

Le «marchandage judiciaire» n'est pas possible en Finlande.

Le délai entre l'arrestation et la condamnation varie généralement de 2 à 8 mois.

5.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

La suspension du permis de conduire est régie par les paragraphes 76-77 de la loi sur la circulation routière.

Des études pilotes ont été menées concernant des cours de réadaptation destinés aux contrevenants condamnés pour conduite sous l'influence de l'alcool. Des cours systématiques débuteront à l'échelle nationale en 1999.

Pour les contrevenants condamnés pour conduite sous l'influence de la drogue (1 300 cas chaque année environ), des programmes de réadaptation ont débuté en novembre 1998 – trop récemment pour pouvoir tirer des conclusions.

5.6. Prévention

Une campagne à l'attention des pharmacies s'est déroulée en 1997 au sujet de la conduite et la prise de médicaments.

5.7. Statistiques officielles

Alcool: Les statistiques annuelles les plus récentes indiquent qu'en 1998, quelques 20 000 conducteurs ont été arrêtés et condamnés pour conduite en état d'ivresse.

Drogues: Ces quelques dernières années, le nombre de personnes arrêtées chaque année pour conduite sous l'influence de la drogue a sensiblement augmenté (1993: 931, 1994: 878, 1995: 739, 1996: 1010, 1997: 1241, 1998: 1300). Le pourcentage de condamnations correspondant n'est pas connu car dans les cas d'influence simultanée de l'alcool et de la drogue, l'affaire est répertoriée parmi les infractions pour conduite en état d'ivresse.

5.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

En Finlande, la majorité de la population et tous les partis politiques sont opposés à la drogue.

Même si les débats politiques concernant l'alcool et concernant la drogue sont souvent liés, des stratégies distinctes sont proposées.

Nul ne préconise la libéralisation des drogues «douces».

6. France

6.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Selon l'information obtenue au cours de la table ronde, les règlements français sont destinés à situer les drogues dans la société selon la façon dont elles sont utilisées, et non selon leur définition (c'est-à-dire «licites» ou «illicites»). C'est ainsi qu'une drogue avec des applications et des avantages médicaux sera considérée comme utilisée de façon licite si elle a été prescrite par un médecin ou un hôpital. Toutefois, si elle a été obtenue par des moyens illicites une personne utilisant la même drogue peut être poursuivie pour usage illicite de cette drogue. Pour cette raison, il n'est pas donné de tableau indiquant les conséquences juridiques des différents types d'activités liées à la drogue.

6.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 6.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraînée d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	0,5 pour mille: «simple» contravention (administrative?) 0,8 pour mille: délit		Infraction pénale	
Base juridique	Loi sur la circulation routière (Code de la route)			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Limite: 0,5 pour mille** Perte de 6 points pour le conducteur et amende. **Limite: 0,8 pour mille** Emprisonnement, amende et retrait du permis.		Il est supposé que le conducteur connaissait les risques.	
DROGUES/MEDICAMENTS				
Sanctions et peines prévues par la loi		Les mêmes que pour l'alcool.		

La loi française sur la circulation routière (Code de la route) ne permet à quiconque de conduire un véhicule à moteur lorsqu'il est dans l'incapacité de conduire quelle qu'en soit la raison, y compris parce qu'il est sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues. En ce qui concerne l'alcool, deux limites sont prévues (0,5 pour mille et 0,8 pour mille; voir tableau 6.2).

Les réponses au questionnaire ne donnent pas d'informations particulières sur les réglementations concernant la conduite sous l'influence d'une drogue ou de l'alcool, ou concernant les sanctions prévues.

6.3. Action de la police

6.3.1. Contrôles effectués par la police

Il n'y a pas de base juridique spécifique régissant les méthodes de dépistage pour conduite sous l'influence de la drogue. La situation juridique décrite ci-dessous s'applique à tout le territoire.

Aucun renseignement n'a été donné concernant le pouvoir qu'a la police d'administrer ou non au hasard l'alcootest, c'est-à-dire sans suspicion d'une influence de l'alcool (lors de contrôles, etc.).

6.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables et le recueil des preuves matérielles

La police peut effectuer une analyse de sang pour le dépistage de drogues dans les circonstances suivantes:

- dans le cas d'une déficience grave évidente, mais avec alcootest négatif ou inférieur à la limite légale (0,5 pour mille) (c'est la procédure applicable à la «déficience évidente»);

- en cas d'infraction (aux règles de la circulation) ou d'accident («mise en danger d'une personne»); ou

- dans le cas où des drogues sont découvertes dans la voiture ou sur le conducteur («infraction à la loi sur les stupéfiants»).

Dans les mêmes circonstances que celles décrites ci-dessus, un examen médical ou un autre type de test biologique peut être ordonné. Dans la pratique, toutefois, le test biologique n'est ordonné qu'en cas de déficience évidente ou d'accident grave. La méthode de dépistage fondée sur une «infraction à la loi sur les stupéfiants» n'est pas appliquée en pratique dans le domaine de la sécurité routière. (extrait de la section 6.3.3 initialement présente)

En vertu d'un amendement au Code de la route entré en vigueur en juin 1999, la police doit mener une enquête sur une éventuelle consommation de drogue pour tous les accidents ayant entraîné la mort d'une personne. Cette enquête comprend un examen médical et des analyses biologiques. Le refus de s'y soumettre entraîne l'application de sanctions pénales.

L'objectif de cette nouvelle loi est d'améliorer la connaissance des effets des drogues sur la sécurité routière, et d'étayer ainsi par des bases scientifiques la discussion politique sur la modification de la législation en matière de conduite sous l'influence de la drogue.

L'expert répondant au questionnaire a signalé que les dispositions concernant les tests biologiques mentionnés ci-dessus visent à renforcer la sécurité routière et non essentiellement à engager des poursuites. A la table ronde, les participants ont déclaré qu'à moins que la consommation de drogue ne soit évidente, un alcootest positif aurait pour effet de déclencher uniquement la procédure relative à la présence d'alcool. La procédure ne va pas plus loin si l'alcootest est négatif et que le conducteur ne semble pas être en état de déficience. Toutefois, si l'alcootest est négatif, mais que le conducteur semble être en état de déficience, un test médical peut être ordonné et l'examen peut continuer.

6.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

Aucun dispositif n'est utilisé pour le dépistage de drogue.

6.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogue

En France, la police est formée pour mettre l'accent sur la prévention (par exemple, dans le cadre de programmes scolaires), mais la formation ne vise pas le travail effectif de contrôle de la circulation. La formation préventive est dispensée à 300 à 500 agents dans tout le pays. Dans l'ensemble, la conduite sous l'influence de drogues n'est pas encore considérée comme un problème majeur par la police de la circulation. L'élément principal pour eux est toujours l'alcool.

6.3.6. Problèmes constatés

Si le résultat d'un alcootest indique que le conducteur a dépassé la limite légale, il n'est pas ordonné d'autres tests pour le dépistage de drogues. L'analyse de sang pour le dépistage de drogues chez les conducteurs est limitée à un petit nombre de cas, généralement ceux où il s'est produit un accident mortel avec plusieurs victimes et de sérieuses conséquences financières ou pénales. Dans des cas moins sérieux, un dépistage efficace ne peut avoir lieu en raison du manque de formation à la reconnaissance de l'usage de drogues et de l'absence de motivation qui en découle, ainsi que de l'incertitude chez les agents de police quant à la nécessité de continuer à instruire de telles affaires.

6.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

En France, les procureurs ont toute liberté de décider d'engager des poursuites.

Les principales raisons de ne pas le faire dans le cas de la conduite sous l'influence de la drogue sont les suivantes:

- Il est difficile de prouver le rapport entre l'influence de la drogue et le risque d'accident, c'est-à-dire de prouver qu'il y a déficience.

- Le dépistage de faibles niveaux de drogue rend difficiles la démonstration d'une déficience ou un dépistage pour la recherche de drogues licites.

- L'on préfère souvent, d'après les lois générales sur les stupéfiants, que les contrevenants suivent un traitement plutôt que d'être poursuivis.

- Le fait qu'un conducteur ne connaît pas toujours clairement les risques de la consommation de drogues pour la sécurité routière rend difficile une condamnation pénale pour «mise en danger d'une autre personne».

- Il manque des données officielles concernant les rapports entre les drogues et la conduite en France.

- La police est peu formée aux méthodes de dépistage et il manque donc des données fiables recueillies sur le terrain.

Le pouvoir de condamnation des tribunaux s'échelonne entre des peines minimum et maximum. En prononçant une condamnation, le tribunal considère si le conducteur a provoqué des blessures et s'il est récidiviste. Il devra trouver une combinaison adéquate entre sanction pour infraction à la circulation et sanction pour les infractions à la loi générale sur les stupéfiants, par exemple si le conducteur était aussi en possession de drogue.

Le «marchandage juridique» n'est pas possible dans le système judiciaire français.

Le temps écoulé entre la constatation par la police de conduite sous l'influence de la drogue et la condamnation du tribunal va de un à six mois; dans les cas concernant l'alcool, une condamnation peut suivre immédiatement l'infraction.

6.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Selon de Gier (1993, page 41), un conducteur soupçonné d'être sous l'influence d'une substance toxique, et qui a causé un sérieux accident ou commis une infraction au code de la route, peut sur ordre du préfet subir un examen devant une «commission médicale». (Chaque département en France a une telle commission. En 1993, il existait trois commissions dans chacun des départements français; chaque commission comprend deux médecins). La Commission médicale peut consulter des experts puis avise le préfet sur le retrait ou la révocation d'un permis de conduire et les conditions de sa restitution (par exemple, le conducteur devra peut-être prouver qu'il a suivi avec succès un traitement dans le cas d'une dépendance vis-à-vis de la drogue).

Un permis de conduire peut être refusé à toute personne qui est dépendante d'euphorisants ou d'autres substances psychotropes, ou qui abuse de l'alcool. Tout demandeur de permis doit remplir un formulaire et signer une déclaration selon laquelle il n'a pas d'antécédents sur le plan psychiatrique ou neurologique ni ne souffre de déficiences physiques. Les médecins de famille ne sont pas obligés de fournir une déclaration concernant l'aptitude à conduire.

6.6. Prévention

Les rôles potentiels des différentes drogues dans la sécurité routière ont été énumérés dans un rapport adressé au Premier Ministre de la France (Lagier, 1996). Le rapport adopte une attitude originale et, entre autres, explore les «biotransformations» chimiques et les interactions entre les familles de drogues. Le rapport pose la question: y a-t-il entre les comportements individuels (résultant de la consommation d'alcool et/ou de drogues) et le risque d'accidents de la circulation une corrélation suffisante pour que l'on puisse conclure à un phénomène épidémiologique?

Bien qu'il n'y ait pas encore de réponse complète à la question, la France a mis en oeuvre de nombreuses campagnes de prévention non officielles à petite échelle pour lutter contre les drogues au volant.

6.7. Statistiques officielles

Alcool. Les plus récentes statistiques annuelles (1996) indiquent qu'aux points de contrôle pour l'alcootest, 132 238 conducteurs avaient dépassé la limite légale, ce qui représente 1,6 % environ du nombre total de contrôles (8 000 000). Le taux des condamnations chez les conducteurs avec une alcoolémie trop élevée est de 98 % environ.

Drogues. Le nombre d'arrestations de conducteurs conduisant sous l'influence de la drogue est très faible (moins de 10 jusqu'à présent). Cela est vrai aussi du nombre de poursuites pour conduite sous l'influence de la drogue. Trois affaires sont passées devant le tribunal, toutes au cours de l'année écoulée (voir ci-dessous point 4.9).

6.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Selon les participants à la table ronde, il est présumé que la plupart des Français ne sont pas bien informés de l'incidence des drogues sur le comportement des conducteurs. Le débat public, toutefois, tourne autour de l'utilisation de drogues en combinaison avec l'alcool au volant, ainsi que de l'intérêt commun porté au cannabis et aux sanctions pénales résultant de son utilisation. La politique du gouvernement a systématiquement suivie une orientation «l'alcool d'abord» dans le souci de maîtriser les coûts sociaux. Ce n'est que récemment (au cours des deux dernières années) que les drogues et les médicaments ont commencé à bénéficier de la même attention.

Les débats de la table ronde ont aussi porté sur les quelques différences d'opinion qui existent entre les partis politiques sur les drogues et la conduite d'un véhicule. Les membres du Parti vert et du Parti socialiste sont en général plus favorables à un assouplissement de la législation concernant l'utilisation du cannabis. Toutefois, la possibilité de libéraliser la législation concernant les «drogues douces» n'est pas encore pour demain, à cause de la notion commune que la consommation d'amphétamines et de cannabis augmente et que cette augmentation pourrait avoir des effets nocifs à la fois sur la sécurité routière et sur celle des lieux de travail. Il est intéressant de noter que le projet de loi récemment rédigé sur les drogues au volant (présenté au Sénat français pendant la session de 1997-1998) était une action multipartisane.

6.9. Table ronde

Les thèmes débattus étaient nombreux et ponctués de comptes rendus anecdotiques tirés de la vie réelle ou en rapport avec des affaires juridiques. Les participants ont fourni des renseignements sur la législation actuelle et en préparation concernant la conduite sous l'influence de drogue et discuté des études françaises récemment consacrées à la question.

Pendant la discussion, il a été souligné que l'application en France des lois sur la drogue est centrée sur la façon dont les drogues sont utilisées, plutôt que sur la façon dont elles sont définies. Par exemple, alors qu'un pays peut engager des poursuites pour la simple possession d'une «drogue illicite», une personne découverte avec de la drogue a plus de chances d'être poursuivie en France sous l'accusation d'avoir «utilisé illégalement» une drogue. La découverte d'une substance psychotrope sur une personne qui n'a pas d'ordonnance correspondante déclenchera probablement des poursuites, parce que l'absence d'ordonnance rend l'utilisation illicite. Cette législation est actuellement discutée au Parlement français et le résultat des changements proposés est encore incertain. Le Gouvernement français a changé depuis avril 1996, date à laquelle une proposition spéciale a été déposée devant l'Assemblée nationale. Bien que la police française ne soit pas formée à la reconnaissance de l'usage de drogues, de nouvelles dispositions actuellement à l'étude devraient permettre, entre autres, à un agent de police d'arrêter un conducteur pour «suspicion raisonnable» d'être sous l'influence d'une drogue, ce qui donnerait à l'agent le pouvoir juridique d'ordonner une analyse de sang pour obtenir la preuve biologique que le conducteur en a consommé illégalement.

Comme en Espagne, la notion de «mise en danger d'une autre personne» est une raison première pour qu'un agent de police intervienne dans un cas où un conducteur semble être en train de conduire sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Les participants ont signalé que trois personnes avaient été poursuivies jusqu'à présent pour conduite sous l'influence de drogues en France. Deux des contrevenants se sont vu imposés des amendes pour violation du Code de la route et leur permis a été retiré, mais non pour violation de la réglementation sur les drogues (là encore, parce qu'il n'y a pas de loi particulière concernant la conduite sous l'influence de drogues). Le cas du troisième contrevenant a été aggravé par un décès. Il a été condamné à un mois de prison pour avoir conduit sous l'influence de la cocaïne et à une amende pour violation du Code de la route, et s'est vu retirer son permis pendant 6 mois après sa peine de prison.

Les participants ont aussi cité une récente étude française sur la prévalence de drogues chez les conducteurs ayant eu un accident. L'étude a examiné les conducteurs et non-conducteurs admis en urgence dans des hôpitaux dans toute la France. L'étude a conclu qu'il n'y avait aucune relation de cause à effet entre les drogues et les accidents. Toutefois, il a été estimé que la proportion relativement importante de cannabis et d'opiacés consommés par les jeunes, qu'ils aient été dans cet échantillon de conducteurs ou non, pouvait avoir de sérieuses conséquences pour la sécurité routière en France (Marquet et al., 1998).

7. Allemagne

7.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

La loi régissant les activités liées à la drogue est la Betäubungsmittelgesetz (BtMG, loi sur les stupéfiants), dans laquelle on trouve le terme général de «Betäubungsmittel» pour désigner les stupéfiants. Les substances visées sont énumérées dans les Appendices de la loi et, en particulier, couvrent toutes les substances désignées par la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 (voir art. 1, IV, BtMG). Ces Appendices distinguent trois catégories de substances selon la mesure dans laquelle elles sont soumises à réglementation (conditions de détention, etc.):

- Appendice I: substances non négociables (nicht verkehrsfähige)

- Appendice II: négociables mais ne pouvant être prescrites (verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige)

- Appendice III: négociables et pouvant être prescrites (verkehrsfähige und verschreibungsfähige).

Les substances suivantes sont notamment comprises dans les appendices:

- L'Appendice I comprend le LSD et le MDMA

- L'Appendice II comprend la d-cocaïne et le ∆9-tetrahydrocannabinol

- L'Appendice III comprend les amphétamines, la cocaïne, la méthadone, la morphine, l'opium, le benzodiazépine (et d'autres drogues avec le suffixe «-zépam»).

Tableau 7.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[6]

	Vente	Détention	Petites quantités pour usage personnel	Consommation
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	art. 29, I, no. 1, BtMG	art. 29, I, no. 3, BtMG	art. 29, V, art. 31a, BtMG	Pas de sanctions
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 5 ans ou **Amende**: max. 360 amende-jours	**Prison**: 5 ans ou **Amende**: max. 360 amende-jours	L'affaire est classée	
Conditions aggravantes	**Prison**: min. 1 an pour vente commerciale ou s'il y a pression sur un mineur (< 18 ans) pour vendre de la drogue **Prison**: min. 2 ans si le vendeur fait partie d'un groupe ou qu'il y a un décès chez une personne **Prison**: min. 5 ans si le vendeur fait partie d'un groupe et a été trouvé en possession de grandes quantités.	Aucune		

La Loi allemande sur les stupéfiants condamne la vente et la détention, mais non la consommation de drogues. Les sanctions ne sont pas différentes selon les trois catégories de substances.

En ce qui concerne la possession de petites quantités pour usage personnel, la procédure peut être classée, soit par le procureur, soit par le tribunal (art. 29 V, 31a, BtMG). En 1994, la Cour constitutionnelle de l'Allemagne a décidé que les cas concernant le cannabis seraient systématiquement classés. Les consommateurs ne seront pas normalement poursuivis pour présomption de possession antérieure d'une drogue. Cela est dû à la définition restrictive du terme juridique «possession». Il ne sera pas présumé qu'il y a possession lorsque le consommateur tient la drogue en main pour sa consommation immédiate (le même principe s'applique à l'achat ou à l'acquisition par d'autres moyens).

6. Les amendes indiquées dans le tableau 7.1 sont exprimées en marks allemands.

7.2. Dispositions juridiques concernant la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 7.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

<table>
<tr><th></th><th>Dépassement de la limite
(La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)</th><th>Déficience
(N'ayant pas entraînée d'accident ni de blessures)</th><th>Déficience
(Mise en évidence d'un danger pour une personne)</th><th>Déficience
(Entraînant un accident ou des blessures)</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">ALCOOL</td></tr>
<tr><td>Type d'infraction</td><td>Administrative</td><td colspan="3">Pénale</td></tr>
<tr><td>Base juridique</td><td>art. 24a, I, StVG</td><td>art. 316 StGB (déficience présumée au niveau de 1,1 pour mille d'alcoolémie)</td><td>art. 315c, I, 1a, StGB (déficience présumée au niveau de 1,1 pour mille d'alcoolémie)</td><td>art. 222, StGB (en cas de décès)
art. 229 StGB (blessures)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sanctions et peines prévues par la loi</td><td rowspan="2">Limite: 0,5, sang
(0,25 mg/l pour l'alcootest)
Amende: max. 1 000

Limite: 0,8 sang
(0,40 mg/l alcootest)
Amende: max. 3 000
Retrait du permis de: 1 à 3 mois</td><td>Prison: max. 1 an
ou
Amende: max. 360 amende-jours</td><td>Prison: max. 5 ans
ou
Amende: max. 360 amende-jours</td><td>En cas de décès:
Prison: max. 5 ans
ou
Amende: max. 360 amende-jours
Blessures:
Prison: max. 5 ans
ou
Amende: max. 360 amende-jours</td></tr>
<tr><td colspan="3">Révocation du permis</td></tr>
<tr><td>Type d'infraction</td><td colspan="4">Pénale</td></tr>
<tr><td>Base juridique</td><td colspan="4">art. 316, StGB</td></tr>
<tr><td>Sanctions et peines prévues par la loi</td><td>Limite:1,1 sang
Prison: max. 1 an
Ou
Amende: max. 360 amende-jours
et
révocation du permis</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">DROGUES/MEDICAMENTS</td></tr>
<tr><td>Type d'infraction</td><td>Administrative</td><td colspan="3" rowspan="3">Les mêmes que pour l'alcool</td></tr>
<tr><td>Base juridique</td><td>art. 24a, II, StVG</td></tr>
<tr><td>Sanctions et peines prévues par la loi</td><td>Limite: Zéro dans le sang (concerne uniquement les médicaments si l'usager n'a pas d'ordonnance)
Amende: max. 3000 et retrait du permis, 1 à 3 mois</td></tr>
</table>

- StVG = Loi sur la circulation routière; StGB = Code pénal

- L'art. 24a, StVG, est un règlement propre à la circulation prévoyant des sanctions administratives pour les conducteurs dépassant les limites légales pour l'alcool et la drogue.

- Les art. 315c et 316, StGB, sont des règlements propres à la circulation dans le Code pénal général. Ces règlements imposent des sanctions pour conduite sous l'influence d'alcool et d'autres drogues.

- Les art. 222, 229, StGB, sont des dispositions générales sur la conduite négligente ou imprudente ayant provoqué des blessures ou des décès (fahrlässige Tötung/ Körperverletzung).

7.3. Action de la police

7.3.1. Contrôles effectués par la police

Les contrôles de la circulation sont effectués, avec une intensité variable, selon le lieu, l'heure et le groupe visé. La police n'a pas de contingent à remplir. En général, la recherche de drogues constitue un des éléments de la procédure générale en matière de contrôle de la circulation. Bien qu'un conducteur soupçonné d'être sous l'influence de la drogue puisse être emmené à l'hôpital ou chez un médecin pour une analyse de sang (ou d'autres tests), il ne sera pas arrêté pour autant.

Alcool. Il existe deux limites légales dans le droit administratif: 0,5 pour mille d'alcoolémie, récemment introduite, et la limite déjà en vigueur: 0,8 pour mille. Chacune entraîne des niveaux de sanctions différents.

Drogues et médicaments. En droit administratif, une limite zéro (dans le sang) pour la conduite sous l'influence de drogues a récemment été adoptée. Toutefois, elle ne s'applique qu'à certaines substances spécifiées dans un appendice de la loi. A l'heure actuelle, cette liste comprend le cannabis, l'héroïne, la morphine, la cocaïne, les amphétamines et des stimulants du type amphétaménique (par exemple, MDE et MDMA). L'interdiction ne porte pas sur les substances qui ont été consommées sur ordonnance médicale.

7.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

En ce qui concerne l'alcool, la limite de 1,1 pour mille a été fixée par la législation pour définir la présomption de déficience, même si aucune autre preuve ne peut être invoquée pour démontrer cette déficience; en pareil cas, des sanctions pénales sont applicables. Les dispositions pénales sont rarement appliquées dans les cas où il y a déficience du fait de drogues et de médicaments parce que, dans la pratique, la déficience est très difficile à prouver.

7.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Les règlements cités ci-dessous sont applicables à tout le pays. La police peut arrêter les véhicules au hasard pour des contrôles, en vertu de l'article 36, V, de l'Ordonnance sur la circulation routière.

Alcootests. En droit allemand, il n'y a pas de réglementation sur l'alcootest. Celui-ci ne peut donc avoir lieu qu'avec le consentement du conducteur et aucune sanction ne peut être imposée s'il refuse. La loi allemande n'a admis que récemment l'alcootest comme pièce à conviction.

Analyses de sang et d'urine. Les dispositions juridiques pour les analyses de sang et d'urine sont énoncées dans le Code d'instruction criminelle (StPO), article 81a. Les tests biologiques ne peuvent être effectués que s'il y a suspicion que le conducteur était sous l'influence d'alcool ou de drogues. En pareil cas, une analyse de sang peut être imposée et le conducteur ne peut refuser. Les analyses d'urine, par contre, ne peuvent être imposées à cause du risque important de dommages corporels (dans ce cas, la «force» suppose l'utilisation d'un cathéter); la loi ne prévoit pas de sanctions si la personne refuse.

Il n'y a pas de dispositions juridiques concernant les analyses de sang, les analyses d'urine ou l'alcootest, mais il existe des directives qui ont été élaborées par tous les Länder allemands et qui s'appliquent donc à tout le pays[7].

En Allemagne, la base juridique pour l'obtention de preuves chez les conducteurs en état de déficience du fait de l'alcool ou de drogues est très différente comparée à ce qui se passe pour les mêmes personnes dans plusieurs autres pays participant à l'étude, par exemple, dans un pays voisin de l'Allemagne, l'Autriche.

L'Allemagne distingue deux procédures pour les tests: les tests actifs tel que l'alcootest, qui dépend de la volonté du conducteur de s'y soumettre, et les tests passifs telles que les prises de sang. Les prises de sang sont considérées comme une procédure passive parce qu'elles n'exigent pas le consentement ou la coopération d'une personne et peuvent être effectuées de force.

La loi allemande reconnaît que les procédures actives imposent une plus lourde charge au contrevenant parce que sa coopération peut contribuer activement à son auto-incrimination. Par exemple, le refus de subir un alcootest n'est pas punissable en Allemagne et les analyses de sang effectuées de force sont permises, du moins dans la mesure où l'agent de police peut prouver que le conducteur semblait être en état de déficience et qu'une procédure telle qu'une prise de sang était donc justifiée.

7.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

Des études pilotes ont été effectuées jusqu'à présent avec un dispositif pour l'analyse de la sueur, dans trois régions: Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, et plus récemment dans la ville de Munich.

7.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

L'Institut fédéral de recherche sur la circulation routière (Bundesanstalt für Straβenwesen) a mis au point un programme de formation à la reconnaissance de l'usage de drogues pour les agents de police affectés au contrôle de la circulation. Ce programme est fondé sur les programmes américains DEC/DER (voir Rapport proprement dit, page 26) et a déjà été appliqué dans la moitié des Länder allemands. Il est prévu que le programme sera adopté à l'échelle nationale.

7.3.6. Problèmes constatés

Le principal problème rencontré par la police est la difficulté d'obtenir la preuve qu'un conducteur est sous l'influence d'une drogue, étant donné le manque de dispositifs pour les contrôles sur la voie publique.

7. «Richtlinien über die Feststellung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogeneinfluß bei Straftaten und Ordnungswidrigkeiten sowie für die Sicherstellung und Beschlagnahme von Fahrausweisen.» (RiBA)

7.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Poursuites: Si l'on a la preuve qu'un conducteur est sous l'influence de drogues, la poursuite ne peut en principe être évitée. En ce qui concerne la marge d'appréciation des autorités compétentes, il faut faire une distinction entre les infractions pénales et les infractions administratives. En droit pénal (qui s'applique à une conduite en état de déficience selon les articles 315c, I, 1a et 316 du Code pénal), c'est le principe de «légalité» qui est applicable. Le procureur peut faire une exception dans des cas mineurs et renoncer aux poursuites contre un contrevenant supposé. Par contre, le droit administratif (applicable aux cas où il y a simplement «influence» d'une substance, selon l'article 24a, II, de la Loi sur la circulation routière) accorde une liberté d'appréciation aux autorités. La plus grande difficulté rencontrée par celui-ci dans les cas de conduite sous l'influence de la drogue est de montrer de quelle façon les preuves démontrent qu'il y a déficience due à une drogue.

En droit allemand, les «marchandages judiciaires» («plea bargaining») ne sont pas possibles.

Condamnations: La liberté d'appréciation du tribunal pour les condamnations s'échelonne entre une sanction minimum et une sanction maximum prévues par la loi. Si le contrevenant a déjà subi, du fait de son comportement, des conséquences extrêmement sérieuses (par exemple, si, sous l'influence d'une drogue, il a perdu sa famille dans un accident de voiture qu'il a causé), le tribunal peut choisir de ne pas prononcer de condamnation.

7.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Infractions au Code de la route sous l'influence d'une drogue. Les infractions pénales en matière de circulation commises par un conducteur sous l'influence de l'alcool ou de drogues entraînent normalement la révocation du permis pendant au moins 6 mois ou une période pouvant aller jusqu'à 5 ans. Dans certains cas, la période peut s'étendre à toute la vie du conducteur, mesure destinée à le mettre hors d'état de nuire (articles 69, 69a du Code pénal). La loi stipule que les conducteurs ayant commis des infractions pénales au Code de la route sont un danger sur la voie publique et doivent donc être sanctionnés la plupart du temps par la révocation du permis. En pareil cas, c'est le tribunal (et non le service des permis) qui décide s'il faut procéder à la révocation dans le cadre de la condamnation pénale.

La restitution du permis est possible si le contrevenant repasse un examen de conduite bien que cette disposition ne soit pas toujours exigée. Les contrevenants avec un niveau d'alcoolémie de 1,6 pour mille ou plus doivent se soumettre à un examen médico-psychologique. La même disposition est présumée applicable dans des cas rares où l'influence d'une drogue est considérée suffisante pour prouver un état de déficience et donc a pu être prononcée une condamnation pénale.

Si l'on constate qu'une personne conduit sous l'influence de drogues, mais qu'il n'y a pas de condamnation pénale (par exemple, parce qu'on ne peut effectivement prouver une déficience), les autorités délivrant les permis décideront si le permis doit être révoqué, en s'appuyant sur les dispositions de la Loi sur la circulation routière et l'Ordonnance concernant les permis (Fahrerlaubnisverordnung, FeV). Le permis sera retiré si l'on peut prouver que le conducteur est un toxicomane.

Selon la législation adoptée le 1er janvier 1999 (modification de la Loi sur la circulation routière et adoption de l'Ordonnance sur les permis), un retrait aura généralement lieu lorsque le conducteur a simplement consommé des drogues (autres que le cannabis), sans qu'il soit prouvé qu'il est toxicomane. En ce qui concerne le cannabis, le retrait du permis n'aura pas lieu à moins que l'on ne puisse prouver que la personne a l'habitude d'en consommer ou en consomme en conduisant (voir annexe 4 de la nouvelle loi FeV). Le test devant révéler les habitudes de consommation du conducteur s'effectue par examen médical (en particulier, par analyse des cheveux et de l'urine) et/ou examen psychologique. Comparée à l'ancienne loi, la nouvelle Ordonnance sur les permis fixe expressément la procédure des tests pour les conducteurs sous l'influence de drogues (article 14, FeV) et la rend donc plus claire que celle prévue dans la loi précédente.

Infractions en matière de drogue non commises pendant la conduite d'un véhicule. Si les autorités délivrant les permis sont informées qu'une personne consomme de la drogue, elles engageront la même procédure que celle mentionnée ci-dessus (analyses des cheveux et de l'urine pour prouver l'abstinence). Afin d'assurer que le service des permis reçoive des informations concernant la consommation de drogues par une personne, la nouvelle version de la Loi sur la circulation routière (article 2, XII, StVG) contient une disposition exigeant que la police informe ce service de toute suspicion concernant l'inaptitude à la conduite chez une personne, y compris ses habitudes connues en matière de consommation de drogues.

7.6. Prévention

Chaque Land allemand est responsable des programmes de lutte contre la drogue. Il existe des activités de prévention et d'éducation pour les conducteurs consommant des drogues, mais un programme uniforme d'envergure nationale n'a pas encore été établi.

7.7. Statistiques officielles

Les statistiques judiciaires allemandes ne distinguent pas les condamnations pour conduite sous l'influence de l'alcool et celles qui se rapportent à la drogue au volant. Cette distinction existe toutefois dans les statistiques sur les accidents. Selon celles-ci, l'on a recensé en 1996 44 357 accidents avec influence de l'alcool, contre 891 seulement où il avait présence de drogue.

7.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Aucun renseignement n'a été donné sur cette question, qui n'a pas été abordée en détail à la table ronde.

7.9. Table ronde

Le débat a été centré sur l'application récente de la limite zéro pour la drogue et la façon dont la loi sur les permis envisage la consommation de drogues. Les participants ont aussi discuté des dispositions fondamentales des conventions internationales sur la drogue, de leur application et de leur influence sur les politiques nationales en matière de drogue.

8. Italie

8.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Les activités liées à la drogue sont réglementées par la Loi N° 309/90 (Loi de synthèse sur les drogues, selon la réponse au questionnaire). Cette loi couvre toutes les substances telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, le LSD, l'opium ou le cannabis, ainsi que les médicaments ayants des effets psychoactifs.

Tableau 8.1. Conséquences juridiques d'activités liées à la drogue[8]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale		Administrative	Pas de sanctions
Base juridique	Loi 309/90, art. 73, 74 & 80	Loi 309/90, art. 73, 74 & 80	Loi 309/90, art. 75	
Sanctions et peines prévues par la loi héroïne, cocaïne, amphétamines, LSD, opium	**Prison**: min. 8 ans, max. 20 ans et **Amende**: 50 000 000 à 500 000 000	**Prison**: min. 8 ans, max. 20 ans et **Amende**: 50 000 000 à 500 000 000	Voir les renseignements qui suivent immédiatement ce tableau.	Pas de sanctions.
Sanctions et peines prévues par la loi cannabis, médicaments psychoactifs	**Prison**: min. 2 ans, max. 6 ans et **Amende**: 10 000 000 à 150 000 000	**Prison**: min. 2 ans, max. 6 ans et **Amende**: 10 000 000 à 150 000 000	Voir les renseignements qui suivent immédiatement ce tableau	Pas de sanctions.
Sanctions et peines prévues par la loi alcool vendu à des personnes de moins de 16 ans	Réglementée par le Code pénal art. 689 et 691			
Circonstances aggravantes	Pas de renseignements à ce sujet			

La loi italienne sur les drogues réprime la vente et la détention de drogues (à moins que la possession serve uniquement à un usage personnel). Elle prévoit niveaux de sanction différents pour les «drogues dures», telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, le LSD, et l'opium, et les «drogues douces» tels que le cannabis et les médicaments psychoactifs.

Détention de petites quantités pour usage personnel. La détention de drogue pour usage personnel n'est pas punissable par la loi. Elle peut toutefois entraîner des sanctions administratives. Voir Table ronde ci-dessous pour des renseignements sur les variations de la définition de «détention».

Alcool. La vente d'alcool à des personnes de moins de 16 ans est réprimée par la loi.

8. Toutes les amendes indiquées dans les tableaux 8.1 et 8.2 sont exprimées en lires italiennes.

8.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 8.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraînée d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Pénale	Pénale		
Base juridique	Art. 186 du nouveau code de la route	Art. 186 du nouveau code de la route		
Sanctions et peines prévues par la loi	Limite: 0,8 pour mille (sang)			
	Prison: max. 1 mois, ou **Amende**: 500 000 à 2 000 000 et retrait du permis de conduire: 15 jours à 3 mois (1 à 6 mois pour les récidivistes au cours de la même année)	**Prison**: max. 1 mois, ou **Amende**: 500 000 à 2 000 000 et retrait du permis de conduire: 15 jours à 3 mois (1 à 6 mois pour les récidivistes au cours de la même année)		
DROGUES				
Type d'infraction		Pénale		
Base juridique	Pas de limite	Art. 187 du nouveau code de la route		
Sanctions et peines prévues par la loi		**Prison**: max. 1 mois, ou **Amende**: 500 000 à 2 000 000 et retrait du permis de conduire: 15 jours à 3 mois (1 à 6 mois pour les récidivistes au cours de la même année)		

Alcool. La limite de 0,8 pour mille est fixée aussi dans une autre loi qui se réfère à l'article 186 du Nouveau code de la route[9] (article 379 de la Loi italienne 495/1992). Récemment, un groupe de travail institutionnel a proposé d'abaisser la limite à 0,5 pour mille pour qu'elle soit conforme au niveau moyen européen.

Drogues. Selon l'article 187 du Nouveau code de la route, il est interdit de conduire un véhicule à moteur dans un état de déficience physique ou mentale causée par un stupéfiant ou une autre substance psychotrope («*in condizioni di alterazione fisica e psichica correlate con l'uso do sostanze stupefacenti o psicotrope*»). En ce qui concerne les médicaments, les experts font savoir qu'il n'y a pas de conséquences pour le conducteur si celui-ci peut prouver que la consommation de ces substances a été prescrite par un médecin.

9. Loi italienne 285/92; aussi sous le titre Code de la route.

Accidents. Il n'y a pas de renseignements concernant expressément les sanctions applicables en cas d'accident. Il est présumé, toutefois, que le comportement du conducteur est punissable par les dispositions générales du Code pénal s'il y a conduite négligente ou imprudente ayant provoqué des blessures ou le décès d'une autre personne, sans que soient expressément mentionnés les accidents de la circulation. (Les articles 186 et 187 du Nouveau code de la route précisent que les sanctions qui y sont prévues ne s'appliquent que si aucune infraction plus grave n'a été commise).

Les autres conséquences que peuvent subir les conducteurs sous l'influence de l'alcool et de drogues comprennent une assurance additionnelle obligatoire et, le cas échéant, l'inscription à des programmes de traitement.

8.3. Action de la police

8.3.1. Contrôles effectués par la police

Les règlements mentionnés ci-dessous s'appliquent à tout le pays. Les régions, les provinces et les municipalités n'ont pas d'autres pouvoirs conférés par la législation. Le pouvoir de recourir à des méthodes et procédures de dépistage au cours d'activités de contrôle de la police visant les drogues et les substances psychoactives est énoncé dans le Nouveau code de la route (de même que dans la Loi de synthèse sur les drogues) et dans le Code pénal. L'Italie appartient au groupe de pays qui ont rassemblé tous les règlements concernant la circulation (sanctions, dépistage sur le terrain et conditions d'administration des tests) en une seule loi. Le Nouveau code de la route est donc un pas important accompli dans la clarification et l'unification de la loi.

Des tests particuliers pour le dépistage de drogues ne sont effectués que si le conducteur donne des signes de déficience. Autrement, la recherche de drogues ne constitue qu'un seul élément parmi d'autres de la procédure générale de contrôle de la police. La police dresse plus de 40 000 barrages routiers pour le contrôle de la sobriété en matière d'alcool, en particulier les vendredis, samedis et dimanches soir.

8.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

En dehors de la détention effective d'un conducteur pendant qu'il se soumet aux tests requis, la police ne procède pas à son arrestation. Toutefois, la voiture du conducteur peut être emmenée à un garage public ou privé (articles 186/3 et 187/4).

8.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Alcootest. Selon l'article 186 du Nouveau code de la route, la police peut obliger un conducteur à subir un alcootest si:

- un accident a eu lieu («incidente»)

- ou s'il y a présomption que le conducteur est dans un état de déficience dû à l'alcool («in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcool»).

La présomption d'une influence de l'alcool dépend en particulier d'un alcootest positif. Le refus de subir un alcootest exigé par la loi est punissable de la même peine que celle qui s'appliquerait si le conducteur avait une alcoolémie supérieure à la limite («in stato di ebrezza»), c'est-à-dire qu'il est passible d'une peine de prison allant jusqu'à un mois et d'une amende comprise entre 500 000 et 2 000 000 de lires.

Le résultat de l'alcootest peut servir de preuve au cours d'une procédure pénale. Une analyse du sang n'est pas nécessaire, mais peut être exigée.

Analyses de sang et d'urine. Les conditions des tests biologiques sont fixées par l'article 187 (concernant les substances stupéfiantes ou psychotropes) et par l'article 186 (concernant l'alcool) du Nouveau code de la route. Elles sont les mêmes que pour l'alcootest, avec la seule différence que la police doit avoir la suspicion raisonnable qu'un conducteur est sous l'influence d'une substance autre que l'alcool avant de pouvoir l'obliger à subir un dépistage pour la drogue. En dehors de ces dispositions, il n'y a pas d'obligation particulière de se soumettre à une analyse de sang ou d'urine, qui est effectuée par un médecin dans un centre médical public. Ni l'analyse de sang ni l'analyse d'urine ne peuvent être effectuées de force. Le prélèvement de sang sur une personne décédée est autorisé, mais uniquement sous la direction d'un médecin légiste. La loi italienne ne permet que l'examen externe du corps humain et les actes tels que les analyses de sang sont considérés comme une atteinte à l'intimité (pour de plus amples informations concernant les analyses de sang volontaires ou forcées, voir l'exposé de cette question sous Autriche et Allemagne).

Le refus de se soumettre à une analyse de sang ou d'urine légalement obligatoire est passible des mêmes sanctions que celles qui s'appliquent si un conducteur refuse un alcootest (voir ci-dessus). Les participants à la table ronde ont ajouté que c'est le juge qui décide en dernier ressort si une demande de prélèvement de sang constitue ou non une violation de l'intimité. Ils ont aussi fait savoir que si un conducteur survit à un accident et refuse une analyse de sang, mais que l'urine du conducteur indique la présence de cannabis, celui-ci sera inculpé en vertu du Code de la route, mais non pour une violation de la réglementation sur les drogues.

8.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

La police n'a pas recours en Italie à des tests sur le terrain pour le dépistage de drogue.

8.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Les agents de la circulation reçoivent une formation à la reconnaissance de l'usage de drogues au cours du stage spécialisé de six mois imposé au personnel de la police routière. Cette formation spécialisée est dispensée à 10 % environ de l'effectif national.

8.3.6. Problèmes constatés

Le principal problème rencontré par les agents de police au cours des mesures de contrôle pour le dépistage de la drogue chez un conducteur est le manque de dispositifs portables. Ils ont aussi du mal à manier les alcoomètres, qui sont lourds et difficiles à utiliser.

Un autre problème mentionné par les experts est l'efficacité de la procédure policière dans les cas où il n'y a pas eu d'accident, mais où la police soupçonne un conducteur d'une déficience due à la drogue, dans la mesure où les prélèvements biologiques peuvent être ordonnés avec raison. A l'heure actuelle, l'on s'efforce de rendre cette procédure plus efficace.

8.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

En ce qui concerne l'instruction d'une affaire, s'il existe suffisamment de preuves pour engager des poursuites, le procureur n'a aucune marge d'appréciation pour décider s'il doit donner suite à une affaire liée à la consommation de drogue par un conducteur; en pareil cas, le renvoi devant un tribunal pénal est obligatoire. Toutefois, selon les participants à la table ronde, le procureur dispose d'une certaine latitude pour recommander les peines appropriées, une fois l'affaire entendue et jugée.

Les marchandages («plea bargaining») sont possibles dans le système judiciaire italien.

En ce qui concerne les condamnations, la marge dont dispose le tribunal pour déterminer les sanctions ou peines s'échelonne entre les limites minimum et maximum fixées par la loi (par exemple, en vertu du Nouveau code de la route).

Les participants à la table ronde ont ajouté que la marge d'appréciation des juges peut revêtir différentes formes: ils peuvent, par exemple, ajourner les condamnations pour une période allant jusqu'à 2 ans et peuvent réduire les peines pour les contrevenants commettant leur première infraction. Pour s'opposer à la décision d'un procureur, un contrevenant inculpé peut citer comme témoin un toxicologue pour contester la validité de la méthode des prélèvements biologiques. Le juge a toutefois, de son côté, son propre consultant en toxicologie auquel il peut s'adresser.

8.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

En vertu des articles 186/3 et 187/4 du Nouveau code de la route, une contravention liée à la consommation de drogues chez un conducteur entraînera le retrait du permis pendant au moins 15 jours et jusqu'à une période de 3 mois. Les récidivistes se verront retirer leur permis pour des périodes plus longues (1 à 6 mois) s'ils ont commis une infraction au cours de l'année antérieure. Il existe en plus un règlement spécial à l'article 187/3, qui prévoit un examen médical pour les conducteurs soupçonnés d'être sous l'influence de drogues: par ordre du «prefetto» local, les conducteurs soupçonnés de cette infraction se verront retirer leurs permis pendant qu'ils se soumettent à un examen médical et jusqu'à ce que les résultats en soient connus. La connaissance qu'a le préfet de chaque cas de conduite sous l'influence de la drogue est garantie par la disposition selon laquelle le résultat d'un prélèvement biologique positif pour la drogue doit lui être immédiatement signifié par la police (article 187/2).

La restitution du permis après un retrait exige un autre examen médical, avec analyse d'urine. Si le résultat est négatif pour la drogue, le permis est restitué au conducteur pendant un an, après quoi un autre examen médical a lieu; si le résultat est de nouveau négatif, le permis lui sera restitué, là encore pour une période limitée, et ainsi de suite[10]. Un permis peut aussi être définitivement retiré, notamment dans le cas de récidivistes. En pareil cas, d'autres dispositions spéciales s'appliquent à sa restitution. L'on trouvera d'autres informations concernant la loi sur les drogues et la sécurité routière en Italie chez de Gier (1993, p. 45), par exemple:

- Un permis de conduire peut être refusé à toute personne toxicomane, ou qui abuse de l'alcool.

10. De Gier; Driving Licenses and Known Use of Licit or Illicit Drugs, novembre 1993, page 45.

- Le médecin d'un candidat à un permis de conduire doit remplir un formulaire chaque fois qu'un permis est délivré ou renouvelé, avec une déclaration concernant l'état physique et mental du candidat, y compris sa consommation normale ou abusive de drogues.

- En outre, il est exigé un examen médical par un médecin spécialisé, pour déterminer expressément l'aptitude de la personne à conduire. Un examen psychologique n'est pas nécessaire, mais peut quand même être effectué.

- Les permis de conduire sont normalement valides pendant 5 ou 10 ans.

- Si les autorités délivrant les permis sont informées qu'une personne abuse ou dépend de la drogue, des restrictions au permis seront fixées, à la suite d'un examen médical et d'une analyse d'urine pour le dépistage de drogues.

8.6. Prévention

Les chercheurs et institutions ont récemment commencé à aborder le problème de la conduite sous l'influence de la drogue. En conséquence, les études ou rapports nationaux officiels sont encore en cours de rédaction. Les programmes de traitement pour les conducteurs constatés comme étant sous l'influence de drogues sont mis en oeuvre par les centres de traitement publics ou privés pour toxicomanie.

8.7. Statistiques officielles

Les statistiques officielles suivantes ont été communiquées:

- En 1997, 16 155 conducteurs ont été signalés aux autorités judiciaires comme ayant conduit un véhicule sous l'influence de l'alcool (chiffre pour 1996: 16 089).

- En 1997, 1 066 conducteurs ont été signalés aux autorités judiciaires pour avoir conduit un véhicule sous influence de drogues (chiffre pour 1996: 978).

- Il n'existe pas de chiffres sur le nombre de poursuites et de condamnations. Toutefois, l'on dispose de statistiques sur les activités de la police, mais seulement dans le contexte de la «répression des délits liés à la drogue», notion qui est présumée englober tous les types d'activités liées à la drogue.

- L'Italie est exceptionnelle parmi les pays participants en ce qu'elle a fourni des statistiques qui différencient chez les conducteurs l'usage de l'alcool et celui d'autres drogues.

8.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Le débat concernant la façon d'aborder le problème de la drogue est toujours en cours en Italie. L'opinion publique est divisée sur la question de l'utilisation de drogues licites. En ce qui concerne les drogues illicites, elle tend à favoriser la libéralisation des lois sur les drogues douces telles que le cannabis, mais une opinion dominante ne se dessine pas encore. Les participants à la table ronde ont noté qu'un nombre disproportionné de personnes sont emprisonnées pour des délits liés à la consommation de cannabis et que, en raison de ce problème de la surpopulation carcérale, les programmes des partis politiques commencent à aborder la question d'une réduction de la criminalisation de certaines catégories d'utilisation de la drogue.

Les différences d'opinion concernant la politique de la drogue sont plus fréquents au sein d'une même faction politique qu'entre les partis politiques.

8.9. Table ronde

La réunion en Italie a été tenue pendant une période de transition politique et économique. En fait, la réunion a eu lieu un jour après que le gouvernement de Romano Prodi, centre-gauche, a pris fin et a été remplacé par celui d'un ancien communiste, Massimo D'Alema. En outre, un nouveau ministre de la Santé a été nommé le jour précédant la table ronde, qui s'est déroulée au ministère de la Santé. Malgré les remous causés au sein des divers ministères du pays, un groupe de travail gouvernemental aborde actuellement les problèmes que pose la conduite sous l'influence de drogues en Italie; ce sont les membres de ce groupe qui ont participé à la table ronde de Rome. L'atmosphère de la réunion a été celle de la cordialité, avec, malgré les différentes professions représentées, un courant d'intérêt mutuel toujours présent pour les grands thèmes de la conduite sous l'influence de drogues.

Le climat politique de l'Italie est souvent instable et les modifications de la législation entraînent normalement des fluctuations dans le maintien en vigueur des nouvelles lois. Par exemple, une loi sur la drogue votée en 1990, et qui définissait la «détention», a été abolie en 1993. En octobre 1998, il n'existait pas de définition légale de la «détention» et les affaires de drogue devant les tribunaux était soumises au juge individuel qui décidait de la gravité de l'infraction et de la sanction applicable. En outre, cette absence de définition de la «détention» se complique encore du fait d'une précédente directive du Ministère de la santé, selon laquelle une réserve d'un mois de cannabis à usage personnel, par exemple, était une quantité que l'on pouvait considérer comme raisonnable pour la «consommation» et qui n'entraînait donc pas de sanction. Toutefois, le Ministère de la santé n'établit plus de telles directives, qui sont aujourd'hui la responsabilité du Ministère de la justice. Les questions politiques relatives à l'application des lois semblent être axées sur celles de la dépénalisation éventuelle de la drogue. Comme l'a dit un participant: «Trop de personnes sont emprisonnées pour avoir détenu du cannabis», de sorte que les programmes politiques contiennent souvent des propositions visant à réduire ou à modifier de quelque autre façon les sanctions pénales pour des infractions liées à la drogue.

La conduite sous l'influence de la drogue (CID) est une infraction pénale en Italie, mais les analyses de sang pour dépistage de la drogue ne sont pas aussi fréquentes que pour l'alcool; le nombre de condamnations pour CID est donc relativement faible. En Italie, les prélèvements sanguins nécessitent de l'intéressé un consentement en connaissance de cause, qui n'est pas toujours facile à obtenir, surtout si le conducteur a perdu connaissance à la suite d'un accident. Les analyses d'urine, par contre, bien qu'elles ne donnent pas des informations biologiques aussi sûres que les analyses de sang, n'exigent pas l'accord de la personne. De ce fait, dans une affaire où un conducteur qui a eu un accident est soupçonné d'avoir été sous l'influence d'une drogue, il peut refuser une prise de sang, mais devra alors donner un échantillon d'urine. Toutefois, même si l'analyse d'urine révèle la présence de THC, par exemple, le juge ne peut condamner le conducteur que pour violation du code de la route, non pour consommation de drogue, parce que la présence de THC n'a pas été prouvée au moyen de l'analyse réglementaire de sang. Si, toutefois, une analyse de sang révèle la présence d'une drogue, le juge peut condamner le conducteur pour avoir commis au moins deux infractions pénales: 1. conduite sous l'influence de la drogue; 2. mise en danger d'autres personnes. Sans analyse de sang, seule la première infraction peut être retenue, avec des conséquences moindres que si les deux l'ont été.

Comme dans beaucoup d'autres pays, si un conducteur a un accident et refuse un alcootest, le juge applique la peine la plus sévère, en supposant que l'alcoolémie chez le conducteur dépasse la limite la plus élevée prévue par la loi.

Les enquêteurs italiens essayent actuellement des méthodes pouvant remplacer l'analyse de sang, qui est considérée comme une atteinte à l'intimité de la personne. Pour cette raison, les méthodes de prélèvement de la sueur et de la salive font actuellement l'objet d'essais pour en déterminer la validité et la commodité. Les participants à la table ronde ont fait savoir que les méthodes de recherche non invasives telles que le prélèvement de sueur constituent un progrès scientifique souhaitable, mais que leur utilité dans le cadre d'une procédure judiciaire n'était pas encore certaine. Néanmoins, les résultats obtenus avec ces dispositifs peuvent s'ajouter à l'information clinique que l'on possède sur un conducteur et fournir ainsi des renseignements additionnels sur les faits matériels constitutifs d'un cas de conduite sous l'influence de la drogue.

Les participants à la table ronde étaient d'accord qu'un test fiable applicable à plusieurs drogues serait extrêmement utile pour appliquer les lois concernant la sécurité routière. En outre, selon plusieurs d'entre eux, si la police et les services de santé coopéraient plus étroitement - à la fois politiquement et sur le terrain - il y aurait sur les routes moins de conducteurs circulant sous l'influence de drogues.

9. Luxembourg

9.1. Dispositions juridiques

Les questions de drogue sont régies par la loi du 19 février 1973 et ses modifications ultérieures. Cette loi s'applique aussi aux médicaments psychoactifs. Les niveaux des sanctions sont les mêmes quel que soit le type de substance, la détention d'un médicament psychoactif non prescrit par un médecin entraîne les même peines que la détention d'une drogue illicite.

Tableau 9.1. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Vente et détention pour vente	**Consommation et détention pour usage personnel**
Type d'infraction	Pénale	
Base juridique	Loi du 19/02/1973, et ses modifications	
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: 1 à 5 ans, et **Amende**: 20.000 à 50.000.000 LUF.	**Prison**: 3 mois à 3 ans, et **Amende**: 10.001 à 400.000 LUF.
	Services d'intérêt collectif à titre de mise à l'épreuve: 40 à 240 heures	
Circonstances aggravantes	**Prison**: 5 à 10 ans (pour une activité provoquant une maladie incurable, une invalidité permanente, ou pour une activité avec des mineurs (< 18 ans) **Prison**: 15 à 20 ans si la personne était membre d'une bande. **Travaux forcés**: 15 à 20 ans(pour les cas entraînant un décès ou si la personne était membre d'une bande) **Travaux forcés**: condamnation à perpétuité pour les cas entraînant le décès d'un mineur (<18 ans)	Néant
	N.B.: Circonstances atténuantes: La peine de prison peut être ramenée en deçà de la limite légale ou ne pas être appliquée du tout.	
Autres conséquences	- Suspension du permis de conduire - Confiscation de biens personnels - Participation à un programme de lutte contre l'abus de drogue - Limitation des contacts avec d'autres toxicomanes.	

La loi luxembourgeoise sanctionne la vente et la détention comme étant des infractions pénales; la consommation au sein d'un groupe est passible de sanction pénale, le terme de «groupe» signifiant plus d'une personne. Il existe d'autres peines que l'emprisonnement pour certaines catégories de contrevenants. Chaque cas est examiné individuellement.

En outre, tout objet ayant servi au commerce de la drogue, de même que tout bénéfice provenant de la vente de drogue, peuvent être confisqués par les autorités compétentes.

9.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de l'alcool

Tableau 9.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
	Drogues illicites et substances psychoactives			
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Code national de la circulation routière, articles 12 et 13			
Sanctions et peines	**Prison**: de 8 jours à 3 ans **Amende**: de 10.001 à 200.000 LUF.			
			- entraînant des blessures (prison: 8 jours à 2 mois; amende: de 20.000 à 200.000) - entraînant le décès d'une personne (prison: 3 mois à 2 ans; amende: de 20.000 à 400.000)	
Autres conséquences	Suspension du droit de conduire, conditions spéciales pour la restitution du permis.			
			Modifications de la couverture d'assurance	

Il n'existe actuellement qu'un seul règlement visant la conduite d'un véhicule d'une manière qui s'apparente à la conduite sous l'influence de l'alcool. Toute déficience évidente due à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments constatée par la police entraîne des poursuites. Dans la pratique, les contrevenants ont quelque latitude pour contester les constatations de l'agent de police. Dans le cadre d'une procédure pénale, c'est la juge qui décide en dernier ressort de la culpabilité et des sanctions.

9.3. Action de la police

9.3.1. Contrôles effectués par la police

Les règlements concernant les méthodes de dépistage au moment des contrôles sur la route sont inclus dans le code national de la circulation routière, qui s'applique à tout le territoire.

9.3.2. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Analyse de sang et d'urine: Les analyses de sang et d'urine pour le dépistage de drogues peuvent être ordonnées si l'agent de police soupçonne qu'un conducteur impliqué dans un accident de la route et en état de déficience due à la drogue.

9.3.3. Dispositifs utilisés pour les tests

Inexistants

9.3.4. Problèmes constatés

Manque de dispositifs adéquats pour dépister la drogue lors des contrôles sur la route.

9.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Le «marchandage judiciaire», c'est à dire le fait d'admettre avoir commis une infraction moindre et d'en accepter les sanctions, n'est pas possible dans le système judiciaire luxembourgeois. Les tribunaux condamneront une personne pour conduite sous l'influence d'une drogue si une analyse de sang est positive, bien que la personne puisse en contester les résultats devant le tribunal.

9.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Le fait d'avoir conduit sous l'influence de la drogue entraîne le retrait du permis et le respect de conditions spéciales pour sa restitution. La décision de retirer et de restituer un permis appartient au juge dans le cadre d'une procédure pénale. Le juge peut prendre en considération la nécessité pour le contrevenant de se servir d'une voiture pour se rendre à son lieu de travail, le niveau d'intoxication ou de déficience, ainsi que d'autres facteurs. La procédure précise permettant la restitution du permis dépend de la décision du juge.

9.6. Prévention

Le Luxembourg n'a encore organisé aucun programme de prévention, mais l'envisage dans le cadre de son projet d'introduction d'un système de permis à points.

9.7. Statistiques officielles

Les taux de condamnation pour conduite sous l'influence de drogues ne sont pas disponibles. Néanmoins, l'étude menée par Meulemans sous le titre «Belgian Toxicity and Trauma Study» donne différentes informations statistiques concernant les drogues et la circulation routière en Belgique et au Luxembourg.

9.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Informations non transmises.

10. Pays-Bas

10.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général[11]

La loi régissant les activités liées à la drogue est La loi sur l'opium de 1928. Les substances visées sont divisées en deux catégories qui établissent la distinction entre les drogues «douces» et «dures» comme principe de base de la législation néerlandaise sur les drogues: substances de la liste I et II. La liste I comprend notamment l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. La liste II comprend, entre autres, le cannabis. En outre, les deux listes comprennent les médicaments ayant des effets psychoactifs. Par exemple, les benzodiapézines tels que le diazépam et le nitrazépam sont inclus dans la liste I.

Tableau 10.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[12]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale			Pas d'infraction
SUBSTANCES DE LA LISTE I				
Base juridique*	Art. 2, sect. 1b	Art. 2, sec. 1c		Pas de conséquences
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: (jusqu'à 8 ans) et/ou **Amende**: (jusqu'à 100 000)	**Prison**: (jusqu'à 4 ans) et/ou **Amende**: (jusqu'à 100 000)	**Prison**: (jusqu'à 1 an) et/ou **Amende**: (jusqu'à 10 000)	
Circonstances aggravantes	**Amende**: max. 1 000 000, si la valeur de la drogue dépasse 25 000			
SUBSTANCES DE LA LISTE II				
Base juridique*	Art. 3, sect. 1b	Art. 3, sect. 1c		
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 2 ans et/ou **Amende**: max. 25 000		Pas d'infraction	
Circonstances aggravantes	**Amende**: max. 100 000, si la valeur de la drogue dépasse 6 250			

* Ces dispositions se rapportent à des infractions commises délibérément. Si l'intention délibérée ne peut être prouvée, des sanctions moindres sont appliquées.

La Loi sur l'opium ne prévoit pas de peines minimum précises. Ce sont donc les peines minimum générales qui sont applicables – pour les peines de prison: un jour; pour les amendes, 5 florins. Cette loi punit la vente et la détention de drogues, mais non la consommation. Le niveau des sanctions diffère entre les drogues de la liste I et II et dépend du danger relatif perçu. Les sanctions pour les drogues de la liste I sont ainsi plus sévères.

Possession de petites quantités pour usage personnel. La loi prévoit des niveaux de sanction plus faibles pour possession de petites quantités destinées à un usage personnel, tant pour la liste I que pour la liste II. Sauf pour le cannabis, il n'y a pas de définition légale de «petite quantité». Pour le cannabis, la loi fixe une limite de 30 grammes. Cette quantité a été confirmée par les participants à la table ronde.

[11]. Certaines réponses dans la présente section ont été complétées avec des renseignements adaptés de Sagel-Grande, dans Kreuzer, Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, 1998, pp. 1444 *et seq.*

[12]. Les valeurs des amendes des drogues indiquées dans les tableaux 10.1 et 10.2 sont exprimées en florins.

D'autres définitions de ce qui constitue une «petite quantité» sont énoncées dans les lignes directrices sur les poursuites de la loi. Ces lignes directrices suggèrent aussi les catégories d'affaires où la norme devrait être abandonnée. Selon les lignes directrices, une petite quantité est une unité de consommation, à savoir une pilule, une dose ou moins de 0,5 grammes. Pour les drogues de la liste I, les lignes directrices recommandent d'abandonner la norme pour les petites quantités, ce qui laisse un écart considérable entre les peines pour cette infraction et les peines maximum pour les petites quantités définies dans la loi sur l'opium. En ce qui concerne le cannabis, les directives recommandent de classer les affaires dans laquelle la personne est en possession de moins de 5 grammes. Lorsque la possession est entre 5 et 30 grammes, une amende de 50 à 150 florins est recommandée.

La marge d'appréciation en ce qui concerne les poursuites a servi de base à l'ouverture de «coffee shops» aux Pays-Bas, où le cannabis peut être vendu et consommé sans risque de poursuites. Du fait de ces établissements, l'on a parfois l'idée erronée que le cannabis a été en fait légalisé aux Pays-Bas. La vente et la possession de cannabis est toujours illégale (comme pour toutes les autres drogues), mais il n'y aura pas de poursuites lorsque ces activités ont lieu dans les «coffee shops» qui respectent des règlements stricts en ce qui concerne la publicité ou la non-publicité, l'interdiction de vendre à des mineurs, etc.

10.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 10.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraînée d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
Type d'infraction	Pénale			Pénale
Base juridique	Art. 8, 176: WVW 1994		Art. 8, art. 5 WVW 1994	Art. 8, art. 6, 175: WVW 1994
Sanctions et peines prévues par la loi: ALCOOL	**Limite: 0,5 sang** (0,22 mg/l alcoolémie) **Prison**: max. 3 mois **Amende**: max. 10 000		En cas de manoeuvre imprudente: **Prison**: max. 4 mois **Amende**: max. 15 000	**Prison**: max. 9 ans (homicide) max. 3 ans (blessures) **Amende**: max. 25 000
Sanctions et peines prévues par la loi: DROGUES/ MEDICAMENTS	Aucune	Les mêmes que pour l'alcool	Les mêmes que pour l'alcool	Les mêmes que pour l'alcool

Les sanctions pour conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue sont fixées par la Loi sur la circulation routière de 1994 (WVW) et sont de nature pénale.

Alcool. Dans les cas de consommation d'alcool, il existe une limite de 0,5 pour mille d'alcoolémie (0,22 mg/l pour l'alcootest). Les réponses des experts ne semblent pas indiquer qu'il y ait une différence entre cette limite et le règlement concernant la mise en évidence d'une déficience. A cause de la limite de 0,5 pour mille, il est présumé qu'il n'y a pas de déficience si les niveaux sont inférieurs à 0,5 pour mille, dans la mesure où ce niveau constituerait une infraction.

Il existe des lignes directrices en matière de poursuites recommandant le niveau des sanctions (amende ou emprisonnement) pour ceux qui commettent une première infraction sans avoir eu d'accident, en fonction de leur alcoolémie. Les lignes directrices en matière de poursuites permettent aussi à la police et au procureur de régler le cas en imposant une amende («offre de transaction»), par exemple:

ALCOOLEMIE 0,54 - 0,80	Amende: 390 - 550 florins, dans le cas d'une offre de transaction par la police ou le procureur	Amende: 600 florins, si l'affaire passe devant le tribunal
ALCOOLEMIE 1,31 - 1,50	Aucune offre de transaction possible	Amende: 1 350 florins imposée par le tribunal + retrait du permis pendant 6 mois avec mise à l'épreuve

Drogues. Il n'y pas de dépassement de limite légal pour les drogues. En l'absence d'une telle disposition, il faut prouver qu'il y a déficience selon les circonstances propres à chaque cas. Une déficience sans autre conséquence est régie par l'article 8 de la Loi WVW. Une déficience avec manoeuvre imprudente sur la route est régie par les articles 5 et 8 de la même loi.

Un accident dû à une déficience, dans lequel une autre personne a été blessée ou tuée, tombe sous le coup des articles 6 et 8 de la Loi WVW. Les Pays-Bas, à la différence de la plupart des autres pays, ont des règlements sur la circulation routière qui concernent expressément les blessures ou un décès dus à une déficience causée par une substance. Dans la plupart des autres pays, ce cas est régi par les règlements généraux (non particuliers à la circulation routière) relatifs à toute négligence ou imprudence ayant abouti à des blessures ou au décès d'une autre personne. Les sanctions pour blessures ou décès lors d'un accident causé par une personne en état de déficience du fait d'une substance dépassent celles qui s'appliquent aux accidents causés pour d'autres raisons. Dans un cas ne comportant pas la consommation d'une substance, la peine d'emprisonnement maximum est d'un an s'il y a eu blessures, de 3 ans s'il y a un décès, avec une amende maximum de 10 000 florins. Ces dispositions diffèrent des cas où l'alcool ou la drogue ont causé une déficience chez un conducteur: la condamnation maximum à la prison dans un cas où une personne a été blessée est de 3 ans et de 9 ans s'il y a eu un décès, avec une amende maximum de 25 000 florins.

10.3. Action de la police

10.3.1. Contrôles effectués par la police

Les procédures appliquées par la police sur la voie publique sont également régies par la Loi sur la circulation routière de 1994 (WVW; articles 160 et suivants). Les Pays-Bas appartiennent donc au groupe de pays qui prévoit à la fois: 1) des sanctions pour conduite sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue; 2) des méthodes de dépistage, dans le cadre d'une loi uniforme concernant la circulation. Les règlements suivants s'appliquent à tout le pays:

La fréquence des contrôles pour sobriété varie selon les différentes circonscriptions policières. Dans la région d'Amsterdam, par exemple, ces contrôles sont effectués cinq fois environ par semaine. Dans quelques autres régions, ils sont limités à quelques interventions par an. Sur tout le territoire, on estime que 500 000 conducteurs par an subissent un contrôle aléatoire pour le dépistage de l'alcool.

10.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Au cours des contrôles sur la route, il n'y a pas de dépistage systématique de la présence de drogues. Les points de contrôle visant les drogues sont pratiquement inexistants. D'une manière générale, ce dépistage n'a lieu que si un conducteur est soupçonné d'être en état de déficience et que l'alcootest est négatif.

10.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Alcootest. L'article 160 de la Loi WVW permet à la police d'effectuer des alcootests ordinaires sur la voie publique. Cela signifie que la police n'a pas besoin d'avoir la preuve d'une déficience avant de soumettre le conducteur à cette vérification de l'alcoolémie. Le refus de s'y soumettre est sanctionné comme infraction pénale.

Analyses de sang. Une analyse de sang (en plus de l'alcootest ayant force probante) ne peut être exigée que s'il y a suspicion que le conducteur est en état de déficience du fait de l'alcool ou d'autres substances (article 163 de la loi WVW). La suspicion est présumée valable si un alcootest est positif.

Aux Pays-Bas, une analyse de sang ne peut s'effectuer sous la contrainte. Toutefois, le refus de se soumettre à ce test (ou à un alcootest ayant force probante) est une infraction pénale et - dans le cas de la présence présumée d'alcool - se traduira par des sanctions normalement applicables à des niveaux d'alcoolémie compris entre 2,11 et 2,50 pour mille. Dans ce cas, une amende de 2 200 florins sera imposée, de même qu'une période d'emprisonnement probatoire de deux semaines, plus neuf mois de retrait du permis de conduire. Si un alcootest préliminaire sans valeur probante a été administré (mais que le test à valeur probante est refusé par la suite), le résultat du dépistage servira de preuve au cours de la procédure. Les prélèvements sanguins ne peuvent avoir lieu qu'avec des dispositifs approuvés par le Laboratoire de médecine légale du Ministère de la justice. Ces dispositifs sont régulièrement vérifiés quant à leur précision.

10.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

En 1997, l'Institut de recherche sur la sécurité routière (SWOV), avec la coopération de plusieurs circonscriptions policières, a effectué dans certaines régions du pays un test sur le terrain utilisant des prélèvements de sueur et des analyses d'urine. En dehors des expériences pilotes de ce genre, la police ne recourt pas aux prélèvements de sueur ni aux analyses d'urine. En cas de suspicion d'un état de déficience causé par des substances autres que l'alcool, une analyse de sang peut être ordonnée par la police pour confirmer la présence de drogue chez un conducteur.

10.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Il n'existe pas de stages spéciaux pour former les agents de police à la reconnaissance de l'usage de drogues. Selon les participants à la table ronde, la question principale qui se pose aux agents sur les lieux d'un accident est de savoir s'il y a eu ou non consommation d'alcool, essentiellement parce qu'il est difficile de faire valoir devant un tribunal qu'il y a eu une déficience due à la drogue.

10.3.6. Problèmes constatés

Les agents de police ont fait savoir qu'ils ne reçoivent pas de formation particulière pour le dépistage de drogues chez les conducteurs; ils n'ont pas non plus de dispositifs de dépistage utilisables sur la route.
Ils critiquent en outre les capacités et l'efficacité limitées du Laboratoire de médecine légale du Ministère de la justice lorsqu'il s'agit d'analyser des prélèvements sanguins pour y dépister la présence de drogues illicites.

10.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Arrestation. Un conducteur soupçonné d'avoir conduit un véhicule en état de déficience ne sera pas arrêté, mais la police lui imposera une interdiction temporaire de conduire pouvant aller jusqu'à 24 heures.

Poursuites. S'il y a suspicion de conduite en état de déficience dû à la drogue, le conducteur fera l'objet d'une procédure judiciaire. Le refus de se soumettre à une analyse de sang ne l'aidera pas, puisque le refus est aussi une infraction pénale. A la différence de bien d'autres pays, la législation pénale néerlandaise est fondée sur le principe de la marge d'appréciation laissée au procureur. C'est donc à lui de décider s'il y a lieu de donner ou non suite à l'affaire. Sa décision dépend de la validité et du nombre de preuves. En outre, un procureur a le pouvoir de ne pas renvoyer une affaire devant un tribunal et d'imposer une amende (et éventuellement d'autres sanctions) dans les cas d'un faible niveau d'alcoolémie et d'infractions mineures en matière de drogues. Cette procédure s'appelle «offre de transaction». Ces offres peuvent aussi être faites par la police, mais celle-ci a moins de latitude sur ce point et n'agit que sous la direction du procureur. Dans la pratique, toutefois, il est rare que le procureur décide de ne pas donner suite à une affaire s'il existe un procès-verbal de la police faisant état de conduite sous l'influence de la drogue. Cela est dû au fait que la police consulte le procureur sur de tels cas avant de rédiger un procès-verbal.

Condamnations et peines. La latitude qu'a un tribunal de prononcer des condamnations s'échelonne entre une condamnation «sans sanction» et les peines maximales fixées par la loi. Les cas «sans sanction» sont ceux où les conséquences naturelles de l'incident imposent une situation difficile au contrevenant, par exemple si ses enfants ont été tués dans un accident qu'il a provoqué. La loi aux Pays-Bas ne reconnaît pas le marchandage judiciaire.

10.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

Alcool. En ce qui concerne l'alcool, le retrait du permis est régi par les lignes directrices en matière de poursuites (voir ci-dessus). Il va de 6 mois de mise à l'épreuve (pour les niveaux d'alcoolémie de 1,31 à 1,50 pour mille) à 12 mois (pour les taux dépassant 2,5 pour mille). Si le conducteur a causé un accident, le retrait peut aller jusqu'à 5 ans. Il est imposé par un tribunal pénal. Soit comme sanction de rechange, soit comme sanction complémentaire, le conducteur peut être contraint de suivre un stage de contremesures éducatives visant l'alcool (EMA). La décision est prise par le Ministère des transports comme mesure administrative. Le stage, qui dure 3 jours, est à la charge du conducteur. Si l'alcoolémie dépasse 2,1 pour mille, si le conducteur est un récidiviste ou s'il a causé un accident sérieux, il doit se soumettre à un examen médical. Si l'examen conclut que le conducteur est inapte à conduire, son permis peut être révoqué.

Un nouveau permis ne sera délivré qu'après l'expiration d'un délai recommandé et le passage réussi d'un nouvel examen de conduite. Selon les experts répondant au questionnaire, 8 475 conducteurs en 1997 ont suivi le stage EMA et 3 559 ont dû subir un examen médical.

Drogues. Les conducteurs peuvent aussi perdre leur permis s'ils ont consommé de la drogue. Comme les lignes directrices en matière de poursuites ne concernent pas expressément ces cas, chaque retrait de permis est décidé individuellement.

En fait, rares sont les retraits de permis dus à la drogue, parce qu'une déficience effective causée par la drogue est difficile à prouver. En 1997, 70 cas de conduite sous l'influence de la drogue ont entraîné des poursuites judiciaires. Selon les experts répondant au questionnaire, 18 autres cas au total ont été signalés par la police, mais il n'y avait pas suffisamment de preuves pour que le Ministère des transports ouvre une enquête administrative.

Il n'existe pas pour la drogue de programmes d'éducation comparables à l'EMA.

Une demande de permis de conduire doit comprendre une déclaration du requérant selon laquelle il souffre ou non d'une déficience quelconque, par exemple s'il consomme ou non des drogues licites ou illicites. Il ne s'expose toutefois à aucune conséquence s'il ne mentionne pas une déficience et il n'est pas tenu de fournir un certificat du médecin de famille pour confirmer ses déclarations. En ce qui concerne ce dernier point, un plan de réforme a recommandé en 1993 que la déclaration du requérant soit confirmée par le médecin de famille.

Les permis de conduire sont généralement valides indéfiniment (pour les conducteurs du groupe 1). Si les autorités responsables des permis sont informées qu'une personne dépend de la drogue ou en abuse, par exemple après une condamnation en vertu de la Loi sur l'opium, la décision sur l'aptitude d'une personne à conduire doit être prise par le conseiller médical du service des permis de conduire, parfois après un examen médical.

10.6. Prévention

Les projets de recherche et les campagnes de prévention concernant la conduite sous l'influence de drogues sont bien connus aux Pays-Bas. A l'automne de 1997, le SWOV a réalisé, avec la coopération de Test Traffic et Deltalab, une étude pilote sur la consommation de drogues et d'alcool chez les conducteurs néerlandais pendant les soirées du week-end. Les résultats de l'étude ont été publiés (voir 10.7, Statistiques officielles).

L'Institut néerlandais de la santé mentale et de la toxicomanie (Institut Trimbos) prépare actuellement une campagne de prévention visant la consommation de drogues en général mais plus particulièrement la conduite sous l'influence de la drogue. La campagne sera financée à la fois par le ministère de la Santé et le ministère des Transports. Selon les participants à la table ronde, un programme sur les «écoles libres de drogues» est en place et de temps à autre des campagnes sont diffusées à la radio et à la télévision incitant à une consommation raisonnable d'alcool et de drogues. Il n'existe de renseignements sur les effets des programmes correctifs ou curatifs que pour l'alcool.

10.7. Statistiques officielles

En dehors des statistiques ci-dessus pour l'alcool et les drogues, il n'a pas été donné de renseignements sur le nombre de poursuites et de condamnations. L'étude du SWOV de 1997 sur les personnes conduisant la nuit en week-end a toutefois révélé que 8,1 % ont eu des résultats positifs lors d'une analyse d'urine pour le dépistage de drogues, avec cinq ou six cas de drogues illicites. Le test a été positif dans 17,5 % des cas, en particulier dans la tranche des conducteurs masculins de 18 à 25 ans (voir de Gier, 1998).

10.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

La majorité des Néerlandais s'oppose à la consommation de drogues et les considère comme dangereuses, selon les réponses au questionnaire. Toutefois, d'après les participants à la table ronde, la population n'est pas aussi bien informée sur cette question qu'elle pourrait l'être. Un nombre croissant de personnes approuvent la dépénalisation du cannabis, dont la consommation et la vente entraînent des sanctions depuis 20 ans, bien que l'on puisse acheter cette substance partout aux Pays-Bas dans des «coffee shops» désignés. Il n'existe pas actuellement de mouvement en faveur de la libéralisation de la consommation d'autres drogues. Bien qu'il existe entre les différents partis politiques de légères différences d'opinion sur la politique en matière de drogues, les grands principes de la politique nationale dans ce domaine ont généralement l'appui de la population. Le débat politique sur la drogue est lié dans une certaine mesure au débat sur l'alcool. Ce débat n'a pas permis, toutefois, d'arriver à une stratégie totalement intégrée pour toutes les substances psychotropes.

10.9. Table ronde

Connus dans tout l'Hémisphère nord pour leur politique libérale vis-à-vis du cannabis, et en raison de leur situation géographique au sein de l'Europe (reliant la mer du Nord et le Royaume-Uni aux grands couloirs de circulation de l'Europe septentrionale et centrale), les Pays-Bas sont un terrain d'étude exceptionnel pour le rôle que jouent les drogues illicites dans la sécurité routière.

Les débats de la table ronde ont été centrés sur: 1) une enquête sur le terrain par la Police nationale, concernant les drogues illicites et les résultats de cette enquête comparés à ceux d'une étude comparable menée au Royaume-Uni; 2) les problèmes transfrontières qui se présentent lorsque les gens se rendent aux Pays-Bas pour se procurer des drogues considérées illicites dans leur pays; 3) le succès relatif de l'infrastructure sociale dans la résolution des problèmes liés à la drogue. En plus des discussions concernant certaines conclusions de l'enquête sur le terrain, les participants à la table ronde ont aussi indiqué les changements survenus dans l'application de différentes lois sur la circulation, dus en partie à la réorganisation des forces de police au cours des années 90.

Les participants ont déclaré qu'il ne pensaient pas qu'il existait une seule politique «idéale» en matière de drogues dans un pays européen quelconque, mais que les Pays-Bas avaient suivi une approche largement pragmatique en renonçant aux poursuites pour possession de petites quantités de cannabis. Il n'en demeure pas moins que le pays s'intéresse aux dommages que les drogues peuvent causer sur les routes néerlandaises et, de ce fait, à la conception d'études sur la question des conducteurs grièvement ou mortellement blessés. L'on suppose que la consommation de drogues multiples est très répandue, mais les études épidémiologiques n'ont pas encore déterminé dans quelle mesure. Les participants à la table ronde ont aussi noté la nécessité de disposer d'un test fiable utilisable sur la route.

11. Norvège

11.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Tableau 11.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Amphétamines, drogues sur mesure, héroïne, cannabinoïdes, cocaïne, LSD et autres drogues illicites de la liste des stupéfiants				
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pénale
Base juridique	Code pénal, § 162	Code pénal, § 162		33, § 24, loi sur les médicaments
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 2 semaines à 15 ans **Amende**: minimum 120 €			**Prison**: de 2 semaines à 3 mois **Amende**: minimum 120 €
Circonstances aggravantes	En cas de vente à des enfants, de quantités croissantes, de récidives, les condamnations peuvent être prolongées.	Condamnations prolongées-augmentation des amendes en cas de quantités plus importantes et/ou de récidives		Augmentation des amendes, prolongation des condamnations, en cas de récidives
Drogues médicinales contenant des substances actives figurant sur la liste des narcotiques **(par exemple, benzodiazépines, opioïdes)**				
Type d'infraction	Pénale si le produit n'a pas été prescrit	Pénale si le produit n'a pas été prescrit		Pénale si le produit n'a pas été prescrit
Base juridique	Code pénal, § 162, loi sur l'usage des drogues			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: max. 6 ans **Amende**: min. 120 €	**Prison**: max. 6 ans **Amende**: min. 120 €		**Prison**: max. 6 ans **Amende**: min. 120 €
Circonstances aggravantes	En cas de vente à des enfants, de quantités croissantes, de récidives, les amendes peuvent être majorées et les condamnations prolongées	Les amendes peuvent être majorées et les condamnations prolongées en cas de quantités plus importantes et de récidives		Les amendes peuvent être majorées et les condamnations prolongées en cas de récidives

La gravité de la peine dépend de la quantité de substances en cause, des doses d'intoxication et du nombre de doses mortelles.

11.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 11.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Pénale			
Base juridique	Loi sur la circulation routière, § 22.1			
Sanctions et peines prévues par la loi	Taux d'alcoolémie entre 0,5 et 1,5 pour mille: amende (un mois de salaire environ), emprisonnement conditionnel et retrait du permis de conduire (normalement pour 2 ans) Taux d'alcoolémie supérieur à 1,5 pour mille: emprisonnement inconditionnel, amendes et 2 ans de retrait du permis de conduire En cas de récidive ou d'autre infraction pénale, les peines sont inconditionnelles même avec un taux d'alcoolémie entre 0,5 et 1,5 pour mille			
Drogues illicites et substances psychoactives prescrites				
Type d'infraction	Pénale, si la conduite sous l'influence de la drogue peut être prouvée			
Base juridique	Loi sur la circulation routière, § 22.1			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: min. 2 semaines, max. 1 an **Amende**: min. 1 mois de salaire			**Prison**: min. 2 semaines, max. 3 ans **Amende**: 1 mois de salaire
	En fonction de la récidive, du degré d'influence ou d'autres circonstances			

En ce qui concerne les cas de conduite en état d'ébriété, les sanctions ou peines sont liées au degré d'influence de l'alcool. Le tribunal peut demander si le degré d'influence de la drogue peut être comparé à un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 pour mille mais inférieur à 1,5 pour mille, ou correspond à un taux d'alcoolémie supérieur à 1,5 pour mille. Cette estimation du degré d'influence, consignée par déposition du témoin expert (dans certains cas, le témoin expert doit également être entendu au tribunal), est fondée sur les données fournies par l'examen clinique effectué lors du prélèvement sanguin, sur le rapport de police et sur les résultats de l'analyse, concernant par exemple le nombre de drogues détectées et leurs taux de concentration. Un degré d'influence de la drogue comparable à un taux d'alcoolémie supérieur à 1,5 pour mille entraîne l'emprisonnement inconditionnel, une amende et le retrait du permis de conduire pour deux ans minimum. Un degré d'influence de la drogue comparable à un taux d'alcoolémie entre 0,5 et 1,5 pour mille entraîne des amendes et un emprisonnement conditionnel. La récidive et l'existence d'une autre infraction pénale peuvent alourdir les amendes et peines de prison. En cas de récidive, le retrait du permis est définitif.

Si la conduite sous l'influence de la drogue ne peut pas être prouvée et si des drogues illicites et/ou des substances psychoactives (non prescrites par un médecin) ont été décelées dans le sang ou les urines, le conducteur peut être condamné en vertu du paragraphe 162 de la loi sur l'usage de stupéfiants.

11.3. Action de la police

11.3.1. Contrôles effectués par la police

La loi sur la circulation routière (§ 22.1) autorise la police à procéder à des alcootests aléatoires, même si le comportement du conducteur n'est pas suspect. Elle ne peut poursuivre ses recherches concernant l'influence d'autres drogues que si le conducteur montre des signes d'état de déficience éventuel.

11.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

La recherche de l'alcool se fait par test respiratoire. Celle des autres drogues se fonde sur une évaluation de la police. Si un agent soupçonne le conducteur d'être en état de déficience, il procède aux opérations suivantes sur la voie publique: observation de l'apparence générale, test respiratoire, recherche de la présence dans la voiture de seringues, pilules ou autre matériel lié à l'usage de la drogue, examen des pupilles et autres signes particuliers.

11.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Un alcootest positif sera suivi d'un test respiratoire probant ou d'une analyse de sang. Les résultats de l'alcootest lui-même ne peuvent pas être utilisés comme preuve devant les tribunaux.
Si le conducteur refuse de se soumettre à l'alcootest, on procède à un prélèvement sanguin, éventuellement par la force s'il le faut.
Si la police routière soupçonne le conducteur d'être sous l'influence de la drogue, et si le chef de police qui est de service à la prison confirme cette suspicion, le conducteur est soumis à un prélèvement de sang et d'urine et à un examen clinique par un médecin, conformément à la loi sur la circulation routière.

11.3.4 Dispositifs utilisés pour les tests

En Norvège, aucun dispositif n'est utilisé sur le terrain pour dépister la présence de drogue.

11.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Les élèves de l'école de police reçoivent systématiquement une certaine formation concernant la reconnaissance de l'usage de drogues (10 à 20 heures). Ce programme est cependant tout récent. Pour les agents dont la formation est plus ancienne, un programme spécifique de cours facultatifs ou obligatoires est prévu. En 1998, 400 agents de police ont ainsi suivi une formation spécialement consacrée à la reconnaissance de l'usage de drogues.

11.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

En Norvège, le procureur n'a qu'une marge d'appréciation limitée pour décider s'il doit donner suite à une affaire liée à la consommation de drogue. L'affaire ne sera renvoyée devant les tribunaux que si l'état de déficience n'est pas suffisamment attesté par l'examen clinique, par les résultats des analyses et par la disposition du témoin expert.

Aucune transaction visant à obtenir une peine plus légère (marchandage juridique) n'est possible en Norvège.

11.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

(Données non disponibles)

11.6. Prévention

En ce qui concerne les médicaments, la Norvège a prescrit l'apposition du triangle rouge sur l'emballage des substances psycho-actives et la mission d'information des médecins et des pharmaciens.

11.7. Statistiques officielles

Alcool: Les dernières statistiques annuelles indiquent qu'en 1998, la Norvège a procédé à près d'un million de tests de dépistage de l'alcool sur la route. La même année, 1 800 000 conducteurs au total ont été examinés pour déceler un éventuel état de déficience (alcool et/ou drogue), dans le cadre généralement d'un autre contrôle routier (vitesse, contrôle technique). Ces chiffres doivent être comparés au chiffre de la population: 4,3 millions d'habitants, dont 2 750 000 titulaires de permis de conduire environ.

Drogue: ces quelques dernières années, le nombre d'arrestations pour conduite sous l'influence de la drogue a sensiblement augmenté chaque année (1994: 2 828, 1995: 3 342, 1996: 3 205, 1997: 3 743, 1998: 4 400). Des poursuites ont été engagées dans 45 % des cas.

11.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

En Norvège, la majorité de la population est opposée à la légalisation des drogues illicites et soutient que l'alcool ou les substances psychoactives ne sont pas compatibles avec la conduite.

Il existe des divergences de vues observables en fonction des individus et non en fonction des partis politiques.

12. Pologne

12.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

La loi du 24 avril 1997 sur la lutte contre la toxicomanie vise expressément les stupéfiants et les substances psychotropes non prescrits, ainsi que les précurseurs non classés comme poisons (que la loi définit comme étant «toute substance naturelle ou synthétique qui peut être transformée en un stupéfiant ou une substance psychotrope ou utilisée pour leur fabrication»). La loi a aussi créé le Conseil de lutte contre la toxicomanie qui est chargé de conseiller le Conseil des ministres sur les questions liées à la consommation de drogues et à la toxicomanie.

Tableau 12.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale		
Base juridique	Loi sur la lutte contre la toxicomanie, arts. 43, 44	Loi sur la lutte contre la toxicomanie, art. 48, § 1-3	Loi sur la lutte contre la toxicomanie, art. 48, §4	
Sanctions et peines prévues par la loi (stupéfiants, substances psychotropes, précurseurs)	**Prison**: min. 6 mois, max. 8 ans et **amende**	**Prison**: min. 1 an, max. 3 ans, ou «restriction de liberté», ou amende		
Circonstances aggravantes	**Prison**: min. 1 an, max. 10 ans et **Amende**: (pour avoir vendu une «quantité considérable»)	**Prison**: max. 5 ans et **Amende**: (pour avoir vendu une «quantité considérable»)		

La loi polonaise sur les drogues vise essentiellement à prévenir la production, la culture et la vente illégales de stupéfiants, de substances psychotropes et de précurseurs. Par exemple, la culture du pavot et du chanvre est admise, mais est limitée aux entreprises autorisées par les collectivités locales (les voïvodies) à fournir des industries pharmaceutiques, alimentaires et textiles (art. 32 et suivants). Les sanctions pour la vente et la détention de drogues s'appliquent aux appareils utilisés pour la production, l'importation et l'exportation illicites de drogues et à leur fourniture (probablement sans échange d'argent ou d'autres moyens de règlement; voir art. 41).

Bien que la consommation ne constitue pas un délit en elle-même, une personne qui ne fait que fournir à une autre des stupéfiants ou des substances psychotropes, ou qui «l'incite à s'en servir» est passible d'une peine de prison pouvant aller jusqu'à 2 ans ou d'une «restriction de liberté ou d'une sanction fiscale». Si l'autre personne est un mineur, la peine de prison peut aller jusqu'à 5 ans (art. 45). Si l'on peut prouver que la personne a fourni à une autre les mêmes drogues pour des raisons «commerciales ou de profit personnel», le contrevenant peut être emprisonné pendant au moins un an et même jusqu'à 10 ans. Si l'autre personne est un mineur, la peine appliquée au contrevenant est de 3 ans au moins, bien que «dans les cas moins importants» le contrevenant soit passible d'une peine de prison d'au maximum 2 ans, d'une restriction de liberté ou d'une sanction fiscale» (art. 46.).

En outre, quiconque «recueille» des stupéfiants, des substances psychotropes, de la sève de pavot ou des tiges de pavot «dans le but de prendre possession de ces articles» peut être poursuivi en vertu du Code pénal pour vol de biens, quelle que soit la valeur de la propriété volée (art. 50).

Selon les participants à la table ronde, les procédures judiciaires sont les suivantes: une fois qu'une drogue est saisie, la police soumet les preuves au procureur qui renvoie l'affaire devant un tribunal. Au moment où l'affaire est entendue, le contrevenant peut citer trois témoins à décharge. Le procureur demande une sanction, le juge décidant alors s'il y a lieu de suivre ses réquisitions. Les participants ont fait savoir que dans 50 % des cas environ, le juge décide de ne pas suivre les réquisitions du procureur et fixe généralement une sanction moindre.

La nouvelle loi comprend des dispositions visant expressément la criminalité organisée, qui est une cause de préoccupation pour la police polonaise. En fait, il existe maintenant sur tout le territoire 11 divisions de la police nationale chargée de lutter contre le grand banditisme.

12.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Une loi de 1969 est toujours en vigueur concernant l'alcool et la conduite d'un véhicule. Si une personne a une alcoolémie de 0,2 à 0,5 pour mille, elle est verbalisée et condamnée à une peine de prison allant de 6 mois au moins jusqu'à 3 ans. Si elle a été arrêtée pour avoir causé un accident, l'affaire est entendue par un tribunal comme affaire pénale, la sanction dans ce cas pouvant être une peine de prison d'un an au moins jusqu'à 10 ans.

La loi de 1997 ne couvre pas expressément le rôle des drogues chez les conducteurs. Les sanctions pour conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues sont prévues dans le Code pénal général. Il n'existe pas en tant que tel d'infraction pour conduite sous l'influence de drogues; en fait la disposition qui s'applique à la conduite sous l'effet de l'alcool s'applique aussi en pratique à la drogue. Sont définies comme «drogues», selon la réponse au questionnaire, «les autres substances ayant des effets analogues» (à ceux de l'alcool). Un grand obstacle au travail de la police est qu'il n'y a pas de mécanisme pour contrôler la présence de drogues chez les conducteurs.

La limite légale pour l'alcoolémie pendant la conduite d'un véhicule est de 0,2 pour mille.

La conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues est punissable par le «tribunal», selon le questionnaire. C'est toutefois un «tribunal municipal» qui décide du retrait ou de la révocation du permis.

Selon les participants à la table ronde, la police polonaise peut arrêter un conducteur à tout moment pour n'importe quelle raison. Pour justifier le contrôle, il n'a pas à prouver ultérieurement que la personne se comportait de manière irrationnelle. Comme dans beaucoup d'autres pays, l'alcootest est considéré comme la première étape de l'enquête; si le test est positif, il n'est pas jugé nécessaire de procéder à une analyse de sang pour confirmer la présence de drogues. Une analyse de sang est toutefois obligatoire si un agent de police demande à un conducteur de s'y soumettre.

Dans la pratique, la loi polonaise rend parfois presque impossibles des poursuites contre un conducteur qui a absorbé une drogue, parce qu'il y a des cas où il se pourrait que le conducteur ait eu un accident du fait de drogues, mais sans que la police ait dressé un procès-verbal. Ces circonstances sont de plusieurs sortes, par exemple: le conducteur a heurté un arbre, ne causant de dommages qu'à son véhicule.

Si deux voitures sont accidentées, un procès-verbal est dressé mais seuls les dommages et les pertes de points pour l'un ou les deux conducteurs sont signalés, en vertu d'une violation du code de la route et non pour une activité liée à la drogue. Si un alcootest est administré dans un pareil cas et que l'un ou les deux conducteurs ont un test positif pour l'alcool, l'affaire suit son cours comme incident où il y présence d'alcool et l'on n'ordonne pas de test confirmant la consommation de drogues. Le procès-verbal de la police peut toutefois signaler le comportement constaté, passible d'autres sanctions lorsque l'affaire passe au tribunal. Enfin, si un agent de police voit effectivement de la drogue dans une voiture, la drogue peut être confisquée et soumise au tribunal comme preuve d'une activité possible liée à la drogue, notamment si c'est en raison d'un accident que la police est intervenue pour commencer.

Si l'accident d'un véhicule à moteur provoque un décès, s'il y a eu délit de fuite ou d'autres circonstances aggravantes, telles qu'un contrôle positif pour la drogue, une nouvelle loi, entrée en vigueur le 1er janvier 1999, permet au juge de fixer une peine supérieure de 50 % à celle prévue par le Code pénal. En raison de l'incertitude entourant le dépassement des limites et les sanctions à la date de la rédaction du présent rapport, il n'a pas été présenté de tableau sur les conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de drogues.

12.3. Action de la police

Les dispositions juridiques concernant les mesures de contrôle par la police s'appliquent à tout le pays.

12.3.1. Contrôles effectués par la police

Les points de contrôle pour l'alcool sont dressés sur les routes pendant les week-ends. Il n'y a pas normalement de contrôles visant expressément la drogue. Comme indiqué ci-dessus, un agent de police peut arrêter un automobiliste à tout moment, sans raison particulière.

12.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Alcootest. L'alcootest peut être administré comme mesure de routine, mais dans la pratique il a lieu lorsque l'agent de police a des raisons de penser que le conducteur pourrait être sous l'influence de l'alcool. Si un conducteur refuse un alcootest, l'agent de police lui demandera de se soumettre à une analyse de sang. Un alcootest avec résultat positif peut servir de pièce à conviction dans une procédure pénale ultérieure. Il peut, naturellement, aussi servir à justifier une analyse ultérieure de sang.

Analyses de sang et d'urine. Les dispositions juridiques concernant les analyses de sang et d'urine à titre de preuve effectuées par un médecin sont fixées dans le Code de procédure pénale.

12.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Bien que les réponses au questionnaire et les observations des participants à la table ronde diffèrent quelque peu sur la question des analyses de sang, il semblerait qu'un conducteur ne puisse refuser de s'y soumettre. Comme cela a été dit dans la section sur les conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de drogues, un agent de police doit fournir autant de preuves que possible pour une condamnation relative à la drogue, y compris toute drogue confisquée éventuellement découverte dans un véhicule qui a été arrêté.

Les participants à la table ronde ont expliqué que les procureurs et la police ont normalement des relations de travail très étroites et que le procureur peut, avant de poursuivre l'affaire, demander aux agents de police de fournir davantage de preuves à charge. Si l'on ne peut obtenir d'autres preuves, l'affaire est généralement classée.

12.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

La police ne se sert pas sur la route de dispositifs de dépistage de la drogue, bien que les éthylomètres soient utilisés pour l'alcool.

12.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Jusqu'à présent les agents de la circulation n'ont pas reçu de formation spéciale pour la lutte contre la drogue.

12.3.6. Problèmes constatés

La réponse au questionnaire a révélé que la conduite sous l'influence de la drogue n'est pas considérée comme un problème en Pologne parce que les affaires de ce genre n'arrivent que rarement devant un tribunal. Toutefois, les participants à la table ronde ont fait savoir que la Pologne admet être une plaque tournante pour le trafic de drogue entre l'Europe de l'Est et de l'Ouest, et qu'il est donc est probable qu'il y a consommation de drogue chez les conducteurs. Ils ont supposé qu'un grand nombre d'agents de la circulation pourraient donner des informations anecdotiques tirées de leur propre observation de comportements irrationnels chez les conducteurs, mais sans pouvoir prouver qu'il y avait effectivement eu une activité liée à la drogue. Sans mécanisme efficace visant expressément les drogues, ont déclaré les participants, la police polonaise applique les règlements généraux sur la circulation dans la mesure autorisée par la législation, c'est-à-dire qu'ils recherchent d'abord chez le conducteur la présence d'alcool.

12.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

En déterminant les peines ou sanctions, les tribunaux sont limités par les dispositions juridiques du Code pénal. A l'intérieur de cette gamme, ils prononcent la condamnation eu égard aux circonstances de l'affaire et aux dommages causés. Comme mentionné ci-dessus, les juges ont et exercent un pouvoir discrétionnaire lorsqu'ils fixent les sanctions. Les participants à la table ronde étaient d'accord que les juges tendaient à aller trop loin du côté de la prudence lorsqu'ils fixaient les peines et les amendes, et étaient plus susceptibles d'être indulgents avec les contrevenants que ne le serait la législation.

La Pologne reconnaît le droit d'appel. Si une personne n'est pas satisfaite du jugement d'un tribunal de district, elle peut en appeler au tribunal régional, au tribunal de la voïvodie, à la Cour d'appel et en dernier ressort à la Cour suprême.

12.5. Règles régissant la restitution du permis

Aucun renseignement n'a été communiqué concernant la restitution du permis.

12.6. Prévention

Les activités de prévention (par exemple, les campagnes de sensibilisation dans les écoles et auprès de l'opinion publique) abordent le problème de la drogue en général et non expressément la conduite sous l'influence de la drogue. Cela peut s'expliquer par le fait que la conduite sous l'influence de la drogue n'est pas perçue comme un problème en Pologne. Toutefois, l'alcool et la conduite d'un véhicule est un thème abordé pendant les stages de conduite pour adolescents. Les participants à la table ronde reconnaissent que les jeunes conducteurs sont un groupe à risque particulier à cause du nombre relativement plus élevé de consommateurs de drogue dans cette tranche de la population. Les participants à la table ronde ont ajouté que l'attitude antérieure consistant à ne pas reconnaître le problème (par exemple, si le principal d'une école nie toute connaissance d'un incident lié à la drogue dans son établissement) est en train de disparaître pour être remplacées par davantage de transparence.

Ils ont aussi mentionné la création en 1997 d'un bureau des stupéfiants au sein de la force de police. Les agents affectés à ce bureau reçoivent une formation spéciale pour des opérations secrètes, là encore destinées à répondre aux objectifs des nouvelles lois pour lutter contre le trafic et la production de stupéfiants et de substances psychotropes. Pour de plus amples informations concernant ce thème, voir section 9, Table ronde.

La Pologne n'a pas de programme correctif ou de traitement pour les conducteurs consommant des drogues. Il n'existe pas d'institutions ou d'organisations privées qui se consacrent aux problèmes de la conduite sous l'influence de la drogue.

12.7. Statistiques officielles

En 1997, l'année la plus récente pour laquelle l'on dispose de statistiques, 222 804 procès-verbaux ont été adressés aux tribunaux de simple police concernant des conducteurs avec une alcoolémie trop élevée. L'on ne sait pas combien de personnes parmi eux auraient été soupçonnées d'être «sous l'influence probable d'une drogue», pour laquelle il n'existe pas de notion de dépassement de limite.

En dehors de ces statistiques, aucun renseignement n'est disponible parce que les données que demande le questionnaire ne sont pas recueillies.

12.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Dans le débat public actuel, il n'y a pas de tendance très nette en faveur de la libéralisation des «drogues douces» telles que le cannabis. Au contraire, la teneur des discussions implique que l'abus de drogues (y compris l'alcool) est reconnu comme un sérieux problème en Pologne. C'est un problème dont le public est conscient et qui contredit les positions officielles de la police et du gouvernement pour lesquels l'abus de drogue n'est pas un problème, comme en témoigne le nombre relativement faible de condamnations liées à la drogue. Par contre, dans le cas de l'alcool les problèmes sont largement reconnus. Parmi les partis politiques, il n'y a pas de divergences d'opinion sérieuses concernant la politique en matière de drogue.

12.9. Table ronde

Comme les autres pays de l'Europe de l'Est, la Pologne souffre d'un manque de ressources pour les recherches concernant la consommation de drogues en général; de ce fait, la mesure effective dans laquelle il y a consommation de drogues chez les conducteurs est inconnue. Toutefois, les participants à la table ronde ont montré que la Pologne se tient au courant des recherches entreprises dans d'autres pays, tout en définissant sa situation propre au moment de mettre au point sa politique en matière de drogues. Comme le pays est un carrefour entre l'Europe de l'Est et de l'Ouest, des drogues illicites sont à la fois importées en Pologne et exportées, ce qui lui vaut la réputation d'être un marché considérable. Cette préoccupation, selon laquelle la consommation et le trafic illicite de drogues en Pologne ne sont pas une question qui concerne uniquement la population polonaise, a été soulignée plusieurs fois au cours de la discussion, notamment en ce qui concerne le rôle de la police polonaise dans l'application de la loi.

13. Portugal

13.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Tableau 13.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
CANNABIS, HÉROÏNE, COCAÏNE, AMPHÉTAMINES				
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pénale
Base juridique	Art. 21, § 1; 24 du décret-loi n° 15/93 du 15 septembre	Code pénal, art. 40; 41		Code pénal, art. 40; 41
Sanctions et peines prévues par la loi	**Prison**: de 4 à 12 ans	**Prison**: de 1 mois à 1 an **Amende**: 10 à 120 jours (les amendes sont exprimées en jour d'emprisonnement)		**Prison**: de 1 à 3 mois **Amende**: 10 à 30 jours (les amendes sont exprimées en jour d'emprisonnement)
Circonstances aggravantes	En cas de vente à des enfants, de vente de quantités importantes, de vente en vue de gains financiers importants; Si le vendeur de drogues est un docteur, un pharmacien ou tout autre professionnel de la santé; Si le vendeur de drogues est membre d'une quelconque organisation internationale du crime; etc.			

13.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de l'alcool

Tableau 13.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (la preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
ALCOOL				
Type d'infraction	Pénale ou violation du droit administratif, selon le taux d'alcoolémie			
Base juridique	Code de la circulation routière, art. 81			
Sanctions et peines prévues par la loi	Si le taux d'alcoolémie est supérieur à 1,2 gr/l: le conducteur est condamné à une peine d'emprisonnement de 6 à 2 ans; Si le taux d'alcoolémie est inférieur à 1,2 gr/l, le conducteur fait seulement l'objet de sanctions administratives (suspension du permis de conduire pour une période de 1 mois à 1 an si l'alcoolémie ne dépasse pas 0,8 gr/l, et pour une période de 2 mois à 2 ans si elle est supérieure à 0,8 gr/l.			
CANNABIS, COCAïNE, OPIACÉS, AMPHÉTAMINES				
Type d'infraction	Au Portugal, la police ne peut pas arrêter un conducteur pour suspicion d'influence d'une drogue. Elle ne peut l'empêcher de conduire qu'en cas d'accusation de conduite dangereuse		Violation du droit administratif	
Base juridique			Code de la circulation routière, art. 81	
Sanctions et peines prévues par la loi			- Amende de 40 000 à 200 000 PTE - retrait du permis de conduire pour une période de 2 mois à 2 ans	

13.3. Action de la police

13.3.1. Contrôles effectués par la police

Les contrôles destinés à détecter l'état d'influence des conducteurs sont régis par le code de la circulation routière. Ils couvrent à la fois l'influence de l'alcool et des drogues illicites («estupefacientes» or «psicotrópicas»). Le droit portugais n'autorise cependant pas la détection de la drogue dans le cadre de l'activité de contrôle de la police, donc seuls les conducteurs et piétons impliqués dans un accident ayant entraîné un décès ou des blessures en font l'objet.

13.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

L'alcootest est utilisé pour détecter l'influence de l'alcool.

En ce qui concerne les autres drogues, dans les cas d'accident ayant entraîné un décès ou des blessures uniquement, les conducteurs et les piétons doivent faire examiner leur état physique dans un hôpital. Si le médecin soupçonne l'influence de la drogue, il peut demander une analyse d'urine et de sang pour en confirmer la présence.

13.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Si l'alcootest est positif, il est suivi d'un alcootest probant ou d'un prélèvement sanguin. Les résultats de l'alcootest eux-mêmes n'ont aucune valeur de preuve devant les tribunaux.

Le refus de se soumettre à un test est un délit (désobéissance modérée).

13.3.4. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Néant

13.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

La nouvelle législation, applicable depuis le 1er février 1999, prévoit des dépistages de la drogue dans les seuls cas d'accidents ayant entraîné un décès ou des blessures. Ses retombées ne sont pas encore disponibles.

13.5. Règles régissant la restitution du permis

Informations non disponibles.

13.6. Prévention

Inexistante.

13.7. Statistiques officielles

Alcool: En 1997, la police portugaise a fait passer 51 904 alcootests dont 1 798 excédaient la limite légale.

Drogue: La législation vient d'être modifiée et les chiffres ne sont pas encore disponibles.

13.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

D'une manière générale, la société portugaise condamne le trafic de drogue.

Même si elle tend à tolérer les toxicomanes et à les considérer comme des malades, elle est catégoriquement opposée à la dépénalisation de la consommation de drogues.

Tous les partis politiques conviennent de l'importance du problème de la drogue. Le parti socialiste et le parti social démocrate approuvent, chacun à leur manière, la tendance croissante à la libéralisation. Ils approuvent également la tolérance croissante à l'égard des toxicomanes et vont dans le sens de sanctions moins lourdes pour les acheteurs et consommateurs de drogue.

Le parti chrétien démocrate, en revanche, soutient qu'il faut punir les acheteurs et les consommateurs de drogue.

Le lien entre la conduite sous l'influence de la drogue et l'alcool n'existe que du point de vue de la législation et de la mise en application, lorsque la police judiciaire traite ces sujets.

14. Espagne

14.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Les règlements concernant une activité liée à la drogue se trouvent dans le Code pénal, qui est une loi générale de caractère pénal. En Espagne, il n'y a pas de loi visant spécifiquement les drogues. Le Code s'applique aux substances toxiques, aux stupéfiants et aux substances psychotropes. Les experts ont mentionné que les dispositions juridiques s'appliquent à «toutes les catégories de drogues», sans mentionner de liste particulière. Toutefois, les médicaments ayant des effets psychoactifs ne sont pas couverts par ces dispositions.

Tableau 14.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale		
Base juridique	Art. 368 du Code pénal	Art. 368 du Code pénal		
Sanctions et peines prévues par la loi	**Si la substance est dangereuse pour la santé**: **Prison**: min. 3 ans, max. 9 ans et **Amende**: max. 2 fois la valeur de la drogue **Autres cas:** **Prison**: min. 1 an, max. 3 ans et **Amende**: max. 2 fois la valeur de la drogue	Seulement si la personne se livre à un trafic	Pas de sanctions	Pas de sanctions pénales; toutefois, des sanctions administratives sont applicables si l'événement se produit dans un lieu public. La consommation est généralement supposée ne pas dépasser 50 g de cannabis ou 8 g de cocaïne ou d'héroïne.

Le Code pénal espagnol réprime la vente et la possession de drogues, mais non la consommation. Les règlements s'appliquent aux substances toxiques, aux stupéfiants et aux substances psychotropes. Les sanctions judiciaires prévues dans le Code ne font pas de différence entre ces groupes. Une distinction existe toutefois entre les substances causant de sérieux dommages à la santé et d'autres substances non spécifiées. Les substances nocives pour la santé entraînent des peines plus sévères.

La possession de drogues n'est punissable que dans le cas de trafic. Par exemple, si une personne peut prouver que la quantité – si grande soit elle – qu'elle possède est pour son usage personnel, aucune sanction ne sera appliquée. Bien que la consommation ne puisse être punie en vertu du Code pénal, elle peut entraîner des sanctions administratives – en vertu des règlements établis par le conseil municipal (droit administratif) – lorsque la consommation a lieu dans des lieux publics.

14.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Les conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues sont régies par le Code pénal (article 379) et revêtent donc un caractère pénal. Cet article prévoit des sanctions si une personne conduit un véhicule à moteur sous l'influence de substances toxiques, de stupéfiants, de substances psychotropes ou de l'alcool.

La limite légale pour l'alcool est de 0,8 pour mille (dans le sang) ou de 0,4 mg/l (alcootest). Il existe des limites inférieures à celles-ci pour les conducteurs de véhicules commerciaux, d'autobus, de taxis, etc.

Les règlements sur la sécurité de la circulation entrent dans le cadre de la Loi sur la circulation et la sécurité routière de 1990, qui a été modifiée en 1992 par des règlements sur la circulation et en 1994 par des règlements sur les infractions, auxquels s'ajoute l'actuel niveau d'alcoolémie.

Tableau 14.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue[13]

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraînée d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
	ALCOOL ET DROGUES (y compris les substances toxiques, stupéfiantes et psychotropes)			
Type d'infraction	Pénale	Pénale		
Base juridique		Art. 379 du Code pénal, conduite sous l'influence de...		
Sanctions et peines prévues par la loi	Alcool: 0,8 (sang) (0,4 mg/l pour l'alcootest) **Prison**: max. 6 mois ou **Amende**: 5 000 pesetas (N'existe pas pour les drogues)	**Emprisonnement**: 8-12 week-ends ou **Amende**: min. 3 mois, max. 8 mois, et 200-50 000 pesetas par jour **Retrait du permis**: 1 à 4 ans		

14.3. Action de la police

Les dispositions juridiques concernant les activités de contrôle de la police se trouvent dans la Loi sur la circulation routière, articles 20 et suivants. Elle s'appliquent à tout le territoire.

13. Les amendes indiquées dans le Tableau 14.2 sont exprimées en pesetas espagnoles.

14.3.1. Contrôles effectués par la police

Selon l'article 20, la police peut effectuer des tests de dépistage sur la voie publique; en outre, selon les participants à la table ronde, les points de contrôle peuvent être aléatoires.

Parfois, le dépistage de drogues ne constitue qu'une seule activité faisant partie de la procédure de contrôle général. Toutefois, dans la plupart des cas, les contrôles visent des drogues particulières. La procédure de contrôle général comprend normalement le contrôle de l'identité du conducteur, de l'identification du véhicule, de la sécurité du véhicule, d'une activité terroriste éventuelle et de la présence ou de l'influence de drogues et d'alcool.

Les points de contrôle sont établis tous les jours mais plus fréquemment pendant les week-ends. Plus d'un million d'alcootests sont effectués tous les ans.

14.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

En vertu des articles 20 et 28, l'alcootest et d'autres analyses de prélèvements peuvent être imposés uniquement dans les circonstances suivantes:

- Le conducteur se comporte d'une manière irrationnelle ou suspecte;
- Le conducteur a enfreint une disposition de la Loi sur la circulation routière;
- Le conducteur a eu un accident et semble en avoir été responsable;
- Dans des situations de contrôle préventif.

14.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Les prélèvements organiques ne peuvent être effectués sous la contrainte. Toutefois, le refus de donner un prélèvement exigé par la loi dans le but de dépister la présence d'alcool ou de drogue est une infraction pénale selon l'article 380 du Code Pénal (désobéissance grave) et entraîne des sanctions pénales.

En dehors de la disposition précitée, il n'existe pas d'obligations légales particulières concernant les analyses de sang et d'urine effectuées par un médecin. Toutefois, selon les participants à la table ronde, une personne arrêtée sur la voie publique a droit à un examen médical. Les conducteurs ayant consommé de la drogue demanderont probablement un tel examen, parce que s'ils peuvent prouver qu'ils sont fortement influencés par une combinaison d'alcool et de drogue, ou s'il peut être démontré que la personne en question n'est pas entièrement consciente d'avoir violé la loi, ces facteurs constituent des circonstances atténuantes en vertu de la loi et le résultat des poursuites peut être plus favorable au contrevenant (voir section 9, Table ronde, pour de plus amples informations sur l'attitude espagnole envers les personnes abusant de drogues ou de l'alcool).

Si un agent de police soupçonne qu'un conducteur est en état de déficience, le conducteur peut être détenu pour des tests et la voiture sera immobilisée pendant la durée de la déficience.

14.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

Il n'existe pas de procédure pour le dépistage de drogues sur le terrain.

14.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Plusieurs catégories de forces de police en Espagne se consacrent à la lutte contre les drogues: la police locale, la police régionale et la Guardia Civil. Selon les participants à la table ronde, la compétence de la police nationale s'étend aux grandes villes tandis que la Guardia Civil applique la loi dans les villes et les localités de moins de 25 000 habitants. Les deux institutions ont toutefois la même mission. Au sein de la Guardia Civil, par exemple, tous les agents reçoivent une formation de 14 heures sur la lutte contre les drogues. La Guardia Civil compte 72 000 membres, dont 8 000 sont affectés au contrôle de la circulation. De ce fait, bien que la formation existe, elle n'est pas très étendue et ne vise pas expressément la conduite sous l'influence de la drogue. Les participants à la table ronde ont ajouté que l'objectif principal de la formation de la police était l'enquête, non la recherche d'une activité liée à la drogue chez les conducteurs.

14.3.6. Problèmes constatés

Le principal problème signalé par la police est le manque de dispositifs pour le dépistage de la drogue sur la voie publique.

14.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Selon les participants à la table ronde, le juge constitue l'autorité en dernier ressort et dispose donc d'une marge d'appréciation considérable pour fixer les condamnations lorsqu'il est prouvé qu'une personne a enfreint différents règlements concernant la conduite sous l'influence de la drogue. La gamme des sanctions est assez étendue et l'argument des circonstances atténuantes est considéré comme un élément important de la procédure.

Les participants à la table ronde ont aussi souligné qu'il y avait trois raisons pour lesquelles la police pouvait arrêter une personne pour conduite éventuelle sous l'influence de drogues: 1) la constatation d'un comportement irrationnel sur la route; 2) un accident; 3) un contrôle aléatoire. La loi espagnole permet les tests, mais il n'y a pas de dispositif rapide de dépistage utilisable sur la route. La police espagnole dispose de 72 heures pour rédiger un procès-verbal à la suite d'une arrestation, délai pendant lequel il peut être demandé à un juge d'ordonner un examen médical.

Les participants à la table ronde ont également indiqué les grandes lignes d'une procédure:

- Après un incident, la police dispose de 72 heures pour transmettre le procès-verbal à un juge.
- Le juge examine le procès-verbal et décide si l'affaire doit être renvoyée au tribunal.
- S'il n'y a pas suffisamment de raisons d'engager des poursuites pénales, le dossier est renvoyé au département de la circulation ou un autre département administratif pour d'éventuelles sanctions.
- S'il doit y avoir un procès, une audition a d'abord lieu devant le procureur et l'avocat de la défense soumet au juge au nom de son client toutes les preuves dont il dispose. L'audition ne concerne donc que trois personnes: l'avocat de la défense, le procureur et le juge.
- Lors du procès, l'agent de police doit confirmer le procès-verbal qu'il a soumis au juge. L'agent de police est considéré comme un témoin technique, ainsi que tout médecin qui a procédé à des analyses de prélèvements.

- La police, le procureur et le juge ont généralement des positions concordantes mais un contre-interrogatoire peut être demandé par l'avocat de la défense.
- Si l'affaire ne semble pas pouvoir être tranchée très facilement, elle peut être renvoyée à un département administratif pour examen et sanctions éventuelles.

14.5. Règles régissant la restitution du permis

En vertu de l'article 379 du Code pénal, une infraction pénale entraîne le retrait du permis pendant au moins un an et éventuellement jusqu'à quatre ans. Cette disposition est régie par l'article 379 du Code pénal lui-même. Les participants à la table ronde ont fait savoir que si une personne arrêtée pour une infraction liée à la drogue ne conduisait pas au moment de son arrestation, le permis ne serait ni retiré ni révoqué.

D'autres informations fournies par de Gier (1993, pages 46 et suivantes) comprennent les observations suivantes au sujet de l'Espagne: selon la loi espagnole sur la circulation routière, un permis de conduire peut être refusé à toute personne qui est dépendante d'euphorisants ou d'autres substances psychotropes, ou qui abuse de l'alcool.

Un permis déjà délivré peut être retiré dans les mêmes circonstances. Les tribunaux exigeront qu'un contrevenant dont le permis a été révoqué pour conduite sous l'influence de la drogue se soumette à une série de tests médicaux et psychologiques pour prouver qu'il n'est plus sous l'influence de la drogue. Tout demandeur de permis de conduire doit subir un examen médical et psychologique dans un centre médical spécial pour la circulation (Centro Medico y Psicotecnico, CMP). Les CMP sont des cabinets privés de médecins et de psychologues qui préviennent les autorités responsables des permis de ce que le demandeur ne remplit pas les conditions voulues pour conduire un véhicule sans danger. Le modèle espagnol du CMP pour l'aptitude à la conduite est unique en Europe et peut largement contribuer à promouvoir la sécurité routière et à prévenir les problèmes de santé.

14.6. Prévention

Plusieurs activités de prévention visant la conduite sous l'influence de la drogue ont été entreprises par le Ministère de la santé. Ces activités sont aussi présentées en coopération avec les municipalités et les autorités régionales.

Des lois sur l'étiquetage des drogues à usage pharmaceutique existent, mais sont d'une efficacité contestable, selon les participants à la table ronde. Bien que les étiquettes puissent déconseiller à un malade de conduire, les médecins et les pharmaciens ne sont pas obligés de renseigner le malade sur les dangers éventuels de la conduite sous l'influence de certains médicaments.

Les programmes de traitement existent en Espagne et les autorités veillent attentivement à ce que les contrevenants accomplissent entièrement le stage. Les centres de traitement soumettent au juge des rapports sur les progrès accomplis par le patient. Toute infraction commise pendant qu'une personne est en traitement mettra fin à celui-ci et entraînera l'application de la sanction prévue par la loi. Si une personne suit son traitement avec succès, le juge peut s'abstenir de prononcer une condamnation. Si le centre de traitement ne signale aucun progrès chez le contrevenant, le juge peut ordonner qu'il suive un nouveau traitement.

14.7. Statistiques officielles

Les participants ont donné les informations suivantes concernant les contrôles pour l'alcool:

- En 1997, 1 398 855 alcootests ont été administrés, dont 49 459 ont eu un résultat positif et entraîné des arrestations.

- En outre, les participants à la table ronde ont fait savoir qu'au cours de l'année écoulée 8 personnes avaient été arrêtées pour conduite sous l'influence de la drogue.

- Les participants ont soumis d'autres informations concernant le nombre actuel d'héroïnomanes (70 000) et de cocaïnomanes (50 000) qui suivent un traitement en Espagne.

14.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

D'une manière générale, la société espagnole condamne la consommation de drogues, considère que les toxicomanes doivent suivre un traitement et demande des sanctions sévères contre les revendeurs et les trafiquants.

Les participants à la table ronde ont fait savoir qu'une enquête récente avait révélé qu'entre 20 et 35 % de la population étaient favorables à la légalisation des drogues telle que l'héroïne. Bien qu'ils reconnaissent le danger de cette substance, ils admettent aussi que le coût de la criminalisation de l'héroïne est élevé et qu'une légalisation réduirait l'influence de la criminalité organisée en Espagne. Ils ont aussi déclaré que dans l'opinion publique la plupart des infractions pour drogue étaient liées à l'héroïne, plus qu'à toutes les autres drogues.

Le contraste est net dans l'attitude vis-à-vis des drogues licites ou illicites. La tolérance du public envers l'alcool est considérable. Les spécialistes plus que le public en général estiment qu'il existe un lien entre l'alcool et la drogue. Néanmoins, une idée communément répandue est que les jeunes abusent de l'alcool parce que la société approuve généralement l'interdiction de la vente d'alcool à des personnes n'ayant pas l'âge minimum requis.

Il n'y a pas de différence significative d'opinion concernant la politique en matière de drogue entre les deux grands partis (le Parti populaire, PP, et le Parti socialiste ouvrier espagnol, PSOE). Les deux partis sont d'accord pour limiter la consommation d'alcool et d'autres drogues, notamment chez les jeunes, aider les toxicomanes et leurs familles et lutter contre le trafic de drogue. Le PP met plutôt l'accent sur l'application des lois contre le trafic de drogue et le blanchiment d'argent, tandis que le PSOE insiste sur la nécessité d'un consensus entre tous les partis et sur la participation de la société par l'intermédiaire d'un Conseil consultatif.

Le groupe politique de la Gauche unie (qui comprend, entre autres, le Parti communiste) a un point de vue nettement différent. Il affirme que «les pays de l'Ouest abordent la question d'un point de vue "occultiste"» et demande l'abolition des accords internationaux visant exclusivement à interdire les drogues et l'abandon de la politique répressive actuelle. Il demande aussi que l'interdiction de la consommation soit abolie.

Les experts ont signalé une tendance générale favorable à la dépénalisation des drogues (qui ne serait pas apparemment limitée aux «drogues douces»), appuyée par des personnalités universitaires et littéraires, certains organes d'information et les milieux juridiques et politiques. Certains ont donné leur appui à une lettre adressée directement au Secrétaire général des Nations Unies en réponse à la récente session extraordinaire sur la drogue qui a eu lieu au siège de cette organisation.

14.9. Table ronde

L'Espagne a des lois rigoureuses contre la vente et la possession de drogues, prévoyant des peines de prison allant jusqu'à 9 ans et certaines amendes égales à trois fois la valeur marchande des drogues découvertes sur une personne. Toutefois, comme beaucoup d'autres pays, elle souffre d'une certaine incapacité à appliquer les lois, notamment aux conducteurs. Le dépistage de la drogue est un processus difficile et long.

Sur le plan anecdotique, les participants à la table ronde ont mentionné des situations qui ont abouti à un petit nombre d'arrestations et à un nombre plus faible encore de condamnations. Même sans la preuve de la présence de drogue, un conducteur qui se comporte de manière irrationnelle, de façon à présenter un danger pour les autres, peut être arrêté pour cette «mise en danger». En fait, les participants à la table ronde ont souligné que quelqu'un abusant de drogues est considéré comme une personne malade et qu'elle peut donc être arrêté essentiellement s'il est prouvé qu'elle se consacre principalement à la vente de drogues ou qu'elle compromet la sécurité d'autres personnes.

Les participants ont fait savoir que la police avait besoin d'une méthode de dépistage de drogue précise, rapide, fiable et applicable sur place. En outre, ils souhaiteraient voir modifier les règlements concernant le renouvellement des permis, qui serait subordonné, par exemple, à un test pour la présence de drogue au moment du renouvellement. Comme les toxicomanes n'ont pas le droit de conduire, cette mesure a été considérée comme efficace pour réduire la conduite sous l'influence de la drogue. Les participants chargés de l'application des lois s'intéressaient tout particulièrement à un renforcement des dispositions de contrôle sur l'argent arrivant en Espagne, ce qui serait un moyen de réduire le trafic de drogue.

15. Suède

15.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Le texte législatif réglementant les activités liées à la drogue est la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants (LRIS) de 1968 (Narkotikastrafflag, Recueil des lois suédoises, 1968:64) qui est une loi relevant du droit pénal portant exclusivement sur la drogue. Le terme générique de «stupéfiants» s'y applique à toute une série de substances. A la section 8 de la loi, un «stupéfiant» est défini comme «tout produit ou article médicinal nuisible à la santé doté de propriétés fortement toxicomanogènes ou pouvant être facilement transformé en un produit doté de ces propriétés et qui:

1. de ce fait est assujetti à un contrôle visé dans un accord international auquel la Suède est partie, ou

2. a été déclaré par les pouvoirs publics comme constituant un stupéfiant au sens de la loi.

Dans le premier cas, les instruments visés sont la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, le Protocole de 1972 portant modification de cette convention et la Convention sur les substances psychotropes de 1971 dont la Suède est signataire. Dans le deuxième cas, il s'agit de l'Ordonnance sur le contrôle des stupéfiants (Recueil des lois suédoises, 1992:1554 et 1993:784, y compris un répertoire des substances à l'Annexe 1)[14]. Les substances couvertes par les conventions et l'ordonnance nationale relèvent toutes de la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants, notamment le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, le LSD, l'ecstasy et les amphétamines ainsi que les médicaments tels que les benzodiazépines (diazépam et autres médicaments se terminant en -zépam), la morphine, etc. Outre la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants, il existe deux autres lois concernant les stupéfiants: la Loi sur la contrebande (1960:418) et la Loi sur le contrôle des stupéfiants (1992:860). Toutefois dans ces lois, aucune disposition ne prévoit de sanctions pour la vente, la détention et la consommation de drogues qui constituent l'objet du présent rapport.

Le système juridique suédois réprime la vente, la détention et la consommation de stupéfiants[15]. La loi ne prévoit pas un échelonnement des peines en fonction des substances ou des classes de substances. Toutes les sanctions s'appliquent aux «stupéfiants» d'une manière générale. Toutefois, la section 2 (infractions mineures) prévoit des peines moindres selon la nature de la drogue, la quantité en cause et d'autres circonstances. Ceci est supposé couvrir le cas de petites quantités de drogues «douces» moins dangereuses telles que le cannabis.

S'agissant des petites quantités de drogue destinées à l'usage personnel, la législation suédoise est assez ambiguë. Dans sa version antérieure, la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants prévoyait à la section 2 («infractions mineures») une simple amende si l'infraction consistait seulement à utiliser la drogue pour un usage personnel[16]. Mais cette disposition est caduque.

[14]. Voir Current Swedish Legislation on Narcotics, Ministère de la justice, 1997, p. 21.
[15]. Selon A. Solarz, Drug Policy in Sweden (date incertaine mais que l'on estime proche de 1987), la pénalisation de la consommation de drogue a été instaurée «récemment».
[16]. Drug Policy in Sweden, p.346.

La loi actuelle ne contient pas de dispositions prévoyant spécifiquement l'allégement de la peine voire l'abandon de poursuites en cas de consommation ou de détention pour usage personnel. Ces cas n'en relèvent pas moins de la section 2 («infractions mineures») qui, dans sa version originale, prévoyait des peines moindres en fonction non seulement de la nature de la drogue (voir plus haut) mais aussi de la quantité de drogue. Quoi qu'il en soit, il ne peut y avoir en pareil cas de véritable non-lieu et le ministère public n'a aucune marge de manœuvre. Dans son rapport, Solarz[17] signale que suite à une importante décision du Chef Procureur sur l'application de la législation relative aux stupéfiants, prise en rupture avec la pratique suivie jusque là, la détention de la plus petite quantité de drogues, donne lieu à poursuites, ce qui revient en fait à étendre le champ de la répression. Les sanctions normalement recommandées dans la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants sont l'imposition d'une amende ou une peine d'emprisonnement, même s'il existe d'autres pénalités telles que condamnation avec sursis, mise à l'épreuve et placement sous traitement spécial (pour soigner la toxicomanie de l'intéressé). Des programmes expérimentaux ont été entrepris fondés sur une surveillance poussée par des moyens électroniques et sur des services communautaires.

En ce qui concerne l'alcool, sa vente peut être illégale en Suède. Il n'y a qu'un seul détaillant autorisé à vendre de l'alcool: la société d'Etat en commandite par actions, Systembolaget. Les grossistes ne peuvent vendre de l'alcool que sur autorisation spéciale.

La répression de la vente de l'alcool ne relève pas de la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants mais de la Loi sur l'alcool (Alkohollagen, 1994:1738). Les sanctions prévues incluent des sanctions pénales. Enfin, il existe des textes législatifs qui prévoient expressément des sanctions juridiques contre la vente de stéroïdes anabolisants (Dopinglagen, 1991:1969) et de médicaments psychoactifs (Medicinlagen, 1992:859). Les pénalités vont de la simple amende à une peine d'emprisonnement maximale de deux ans.

[17]. Drug Policy in Sweden, p.346.

Tableau 15.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[18]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale			
ALCOOL				
Base juridique	Loi sur l'alcool			
Sanctions et peines prévues par la loi	**Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 2 ans; **ou** **Amende**: 450 à 150 000 Infraction grave: **Emprisonnement**: Max. 4 ans	Aucune sanction	Aucune sanction	Aucune sanction
STUPEFIANTS				
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pénale
Base juridique	Section 1 et ss. de la LRIS	Section 1 et ss. de la LRIS		Section 1 et ss. de la LRIS
Sanctions et peines prévues par la loi (section 1 de la LRIS)	**Emprisonnement**: min. 14 jours, max. 3 ans			**Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 3 ans
«Infractions mineures» (section 2 de la LRIS)	**Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 6 mois, **ou** **Amende**: 450 à 150 000			**Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 6 mois, **ou** **Amende**: 450 à 150 000
«Infractions graves» (Section 3 LRIS), en cas d'activité de type professionnel, de quantités importantes ou de drogues dangereuses	**Emprisonnement**: Min. 2 ans, max. 10 ans			**Emprisonnement**: Min. 2 ans, max. 10 ans

[18]. Les amendes indiquées aux tableaux 15.1 et 15.2 sont exprimées en couronnes suédoises.

15.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 15.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
	ALCOOL ET STUPEFIANTS			
Type d'infraction	Pénale	Pénale	Pénale	
Base juridique	Loi sur les infractions routières, section 4 (conduite en état d'ivresse)		Loi sur les infractions routières, section 4A (conduite en état d'ivresse prononcée)	Aucune indication
Sanctions et peines prévues par la loi	conduite en état d'ivresse: **Seuil d'alcoolémie**: 0,2 pour 1000 (dans le sang) **Tolérance zéro pour les drogues** **Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 6 mois, **ou** **Amende**: 450 à 150 000 conduite en état d'ivresse prononcée: Loi sur les infractions routières, Section 4a **Seuil d'alcoolémie**: 1,0 pour mille (laissé à l'appréciation du tribunal) Aucun seuil pour les stupéfiants **Emprisonnement**: Max. 2 ans Retrait du permis de conduire	**Emprisonnement**: Min. 14 jours, max. 6 mois, **ou** **Amende**: 450 à 150 000 «Intoxication grave,» sans précision de seuil **Emprisonnement**: Max. 2 ans **Retrait du permis de conduire**	**Emprisonnement**: Max. 2 ans	

Le texte législatif réprimant la conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue est la Loi sur les infractions routières de 1951 (Lag Om Straff För Vissa Trafikbrott; Recueil des lois suédoises, 1951:649) qui, comme son nom l'indique, est une loi portant spécifiquement sur la circulation routière. Deux délits y sont visés: *la conduite en état d'ivresse* et *la conduite en état d'ivresse prononcée* (Sections 4 et 4a de la loi).

Un conducteur est reconnu coupable de *conduite en état d'ivresse* lorsque:

- la concentration d'alcool dans le sang dépasse 0,2 pour mille, ou

- le sang ne contient pas de narcotiques, hormis des substances pharmaceutiques consommées conformément à une ordonnance médicale (tolérance zéro), ou

- on peut considérer que le conducteur était intoxiqué par l'alcool ou d'autres drogues au point de ne pouvoir conduire son véhicule à moteur dans des conditions de sécurité.

Un conducteur est reconnu coupable de *conduite en état d'ivresse prononcée* lorsque:

- la concentration d'alcool dans le sang dépasse 1,0 pour mille, ou

- le conducteur était gravement intoxiqué par l'alcool ou d'autres drogues (ce terme s'applique à toutes sortes de drogues ou médicaments n'ayant pas d'effets secondaires sur la capacité de conduire un véhicule), ou

- le conducteur conduisait son véhicule à moteur d'une manière telle que la sécurité routière était de toute évidence compromise.

La tolérance zéro pour les drogues est entrée en vigueur en juillet 1999. Elle s'applique à toutes les substances narcotiques couvertes par la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants (voir 10.1.), hormis les médicaments comprenant des substances narcotiques et consommés conformément à une ordonnance médicale, auquel cas la preuve de l'incapacité de conduire un véhicule est nécessaire.

Les réponses au questionnaire ne citaient pas de dispositions visant les cas où un conducteur a provoqué un accident sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. On en déduit que ce sont les délits à caractère général de négligence et conduite imprudente entraînant mort d'homme ou blessures à autrui qui en pareil cas sont retenus, délits visés par les dispositions du Code pénal général. Il existe une traduction en anglais du code pénal suédois[19] qui n'a cependant pas été fournie par les experts.

En plus des sections 4 et 4a de la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants, un des experts a cité divers articles ou sections des codes juridiques KKL et Brb: §§ 16, 22, 23 pour le premier et 3:7 pour le second.

15.3. Action de la police

Les textes réglementaires décrits ci-dessous s'appliquent sur tout le territoire suédois.

15.3.1. Contrôles effectués par la police

Les contrôles effectués par la police ne représentent qu'un élément de l'action d'ensemble de la police suédoise. Les contrôles routiers sont de différents types. Il peut s'agir de brefs contrôles effectués par deux agents de police comme de contrôles de grande ampleur, planifiés et faisant intervenir plusieurs agents. Les contrôles ne se font pas à la recherche de telle ou telle drogue. En 1996, l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données, 1 329 000 conducteurs ont fait l'objet de contrôles routiers en Suède.

[19]. Voir Svensson, Criminal Justice Systems in Sweden, P.12.

15.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Le pouvoir qu'a la police d'arrêter des véhicules sur la route est inscrit dans la Loi sur la police de 1984. Malgré le peu d'information sur l'étendue de ce pouvoir, on est induit à penser que, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays européens, la police suédoise peut arrêter des véhicules au hasard et lorsque bon lui semble, sans avoir à prouver que le conducteur conduisait de manière désordonnée ou telle que l'agent était fondé à soupçonner que l'intéressé était sous l'influence de la drogue ou de l'alcool.

15.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Dépistage de l'alcool dans l'haleine. Une loi sur le dépistage par analyse de l'haleine (Recueil des lois suédoises, 1976: 1090) définit les conditions dans lesquelles il est possible de procéder à un test. Un conducteur qui refuse de se soumettre à une analyse d'haleine, sera emmené au commissariat de police pour y subir un prélèvement sanguin obligatoire. Le test de dépistage n'est pas considéré comme ayant force probante d'après les participants à la table ronde, mais les résultats fournis par un éthylomètre de constat sont considérés comme valables.

Prélèvements de sang et d'urine. Les conditions dans lesquelles une enquête biologique peut être exigée sont établies dans le Code d'instruction judiciaire suédois (Recueil des lois suédoises, 1951: 649 et 1993: 1408). D'après ce code, ce genre d'analyse (sang, urine) peut être exigée si l'on a des raisons plausibles de soupçonner qu'une infraction a été commise à la loi sur les infractions routières.

Examen de l'œil. Parallèlement à l'entrée en vigueur de la tolérance zéro pour les drogues, la police suédoise a été habilitée à procéder à des examens de l'œil chez les conducteurs de véhicule soupçonnés, par exemple, de se trouver sous l'influence d'une drogue. Cet examen comprend la mesure de la réaction de la pupille à la lumière, etc.

15.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

A l'heure actuelle, aucun appareil n'est utilisé pour le dépistage de la drogue au volant.

15.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Les agents de police suédois ne reçoivent pour la plupart aucune formation particulière en vue du dépistage de la drogue chez les conducteurs. Des participants à la table ronde ont indiqué avoir entendu des anecdotes de la part d'agents de police selon lesquelles ceux-ci auraient soupçonné des conducteurs d'être sous l'influence de la drogue sans avoir pour autant de raisons suffisantes (par exemple, preuve manifeste de l'incapacité du conducteur de conduire son véhicule dans des conditions de sécurité) pour se sentir raisonnablement en droit de procéder à une intervention légale. La police suédoise est formée à la détection de l'emprise de l'alcool au volant. Voir la section sur **Arrestation effective** plus bas.

15.3.6. Problèmes recensés

Le principal problème signalé par la police est la difficulté qu'elle a à détecter l'influence de drogues autres que l'alcool. Lorsqu'un agent de police soupçonne qu'une personne est sous l'influence d'une drogue autre que l'alcool, il n'est à même d'intervenir que s'il peut être prouvé que la *capacité de conduire dans des conditions de sécurité* de l'intéressé était diminuée.

15.4. Poursuites: Obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Arrestation effective. Un conducteur soupçonné d'avoir commis une infraction relevant de la Loi sur les infractions routières peut être détenu au commissariat de police pour y subir un test biologique et y être interrogé pendant 12 heures au plus à moins que ce conducteur ne soit arrêté à l'issue de cette période pour une détention préventive sur ordre du parquet[20]. Les participants à la table ronde ont souligné qu'un agent de police ne peut porter d'inculpation contre un conducteur que s'il est directement témoin du comportement de ce conducteur au volant. Par exemple, à un poste de contrôle de la police, où une voiture se trouve déjà arrêtée, un conducteur dont la capacité est amoindrie peut échapper à la procédure de détection dans la mesure où l'agent n'a pas effectivement vu ce conducteur conduire son véhicule à moteur au moment où il est procédé au contrôle.

Les participants à la table ronde ont également indiqué que même si l'agent de police ne peut établir que le conducteur conduisait d'une manière présentant des risques pour la sécurité mais pouvait légitimement soupçonner que ce conducteur était sous l'influence de drogues autres que l'alcool, l'intéressé serait inculpé d'infraction à la Loi sur les stupéfiants qui prévoit que l'usage de drogues illicites est répréhensible.

En Suède, une fois l'arrestation initiale effectuée, les poursuites se déroulent comme suit:

- enquête préliminaire
- accusation
- audience principale et
- décision finale.

Ouverture de poursuites. Le ministère public décide s'il y a lieu d'entamer une enquête préliminaire et d'engager des poursuites. L'enquête préliminaire est entamée lorsqu'on a des raisons plausibles de soupçonner que l'intéressé a commis un délit. Des poursuites sont engagées lorsque le ministère public estime avoir des raisons suffisantes pour considérer que le suspect est coupable d'un délit tel que la conduite en état d'ivresse; à ce stade, d'après les participants à la table ronde, le ministère public est dans l'obligation absolue de porter l'affaire devant le juge. S'il estime que la culpabilité du suspect ne pourra pas être établie, le ministère ne maintient normalement pas ses poursuites.

La difficulté que rencontre très souvent le ministère public dans les affaires de drogue au volant est qu'il lui faut prouver que le conducteur était à ce point sous l'influence de cette drogue qu'il ne pouvait conduire son véhicule à moteur d'une manière compatible avec la sécurité. Autrement dit, le ministère public doit établir que le niveau et le type de déficience étaient tels que la sécurité au volant ne pouvait être assurée. D'après les participants à la table ronde, faute de dispositions législatives spécifiques sur la conduite sous l'influence de la drogue, les inculpés sont normalement condamnés pour *usage* de drogue et non pas pour conduite sous l'influence de la drogue.

[20]. Svensson, Criminal Justice Systems in Sweden, p. 28.

Le ministère public a le droit de faire arrêter une personne au titre de la *détention préventive*. Ce genre de mandat n'est émis que si l'intéressé peut être raisonnablement soupçonné d'un délit passible d'une peine d'emprisonnement d'au moins un an et s'il y a un risque qu'il échappe aux poursuites, détruise des preuves ou entrave l'enquête d'une autre manière ou encore commette d'autres délits[21]. Ne sont passibles d'une peine d'un an au moins d'emprisonnement que les conducteurs soupçonnés de conduite en état d'ivresse prononcée.

Verdict de culpabilité et condamnation. Si le tribunal estime que l'inculpé a, au-delà de tout doute raisonnable, commis une infraction en conduisant en état d'ivresse, l'intéressé doit être déclaré coupable. Le système juridique suédois ne prévoit pas de possibilité de marchandage judiciaire.

En ce qui concerne la condamnation, le tribunal a tout pouvoir pour choisir dans l'éventail de peines prévues. Il lui faut tout d'abord déterminer le *type de peine* (emprisonnement, amende ou autres sanctions telles que la mise à l'épreuve, la mise sous traitement, etc.). Le principe retenu pour prendre cette décision est que la peine d'emprisonnement est une peine plus sévère que les amendes, les condamnations avec sursis ou la mise à l'épreuve. Le tribunal doit ensuite fixer le *degré de la peine* (par exemple le nombre d'années d'emprisonnement). Le principe retenu est que la sanction doit être proportionnelle à la gravité du délit et à la culpabilité de l'intéressé et *non pas* répondre à des considérations générales de prévention. Depuis la réforme du système des sanctions en 1989, la priorité est donnée à la proportionnalité par rapport à la prévention. La période séparant l'arrestation pour un délit de conduite en état d'ivresse de la déclaration de culpabilité varie d'une affaire à l'autre. Les participants à la table ronde ont également indiqué que lorsque l'intéressé ne suit pas jusqu'à son terme un programme de traitement ordonné en remplacement d'une peine de prison, c'est cette peine qui devient applicable.

15.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire ou la délivrance d'un nouveau permis

Tout conducteur qui commet une infraction en conduisant en état d'ivresse ou en état d'ivresse prononcée (section 4, 4a de la Loi sur les infractions routières) se verra retirer son permis de conduire. Le permis pourra être restitué sur présentation d'un certificat médical attestant que l'intéressé ne présente plus de problèmes d'alcoolisme. Une infraction à la Loi sur la répression des infractions en matière de stupéfiants peut également entraîner le retrait du permis de conduire.

15.6. Prévention

Les participants à la table ronde ont indiqué que l'action de la police vise essentiellement à réduire la vente de drogue et dans une moindre mesure à avoir un effet préventif. Toutefois, une commission a été récemment créée pour traiter des problèmes de drogue dans les rave-parties. En instaurant cette commission, le gouvernement poursuit ses efforts tendant à déceler les jeunes toxicomanes le plus tôt possible afin d'éviter que ne se crée une forte sous-population de toxicomanes. Sur ce point, les participants ont indiqué que la police est plus susceptible que les responsables des affaires sociales d'identifier les jeunes toxicomanes à un stade précoce d'apparition de leur toxicomanie.

[21]. Svensson, Criminal Justice Systems in Sweden, p. 28.

Les participants à la table ronde ont souligné que la Suède avait pour intérêt primordial de garantir le bon état de santé de ses citoyens. C'est la raison d'être de programmes de traitements destinés à réduire la toxicomanie et à ramener les toxicomanes dans la société. En fait, on a relevé un certain degré d'innovation dans des programmes consistant notamment à envoyer les toxicomanes faire des parcours sportifs éprouvants.

Des informations sur ce point sont fournies par Solarz (p. 350 et suivantes) encore qu'il faille les interpréter avec précaution car elles ne sont pas très récentes. La population suédoise a une opinion très marquée quant à la légalisation de la drogue. Les problèmes de drogue dans le pays ont fait l'objet de débats animés depuis la fin des années 60. De nombreuses propositions ont été présentées sur cette question entre 1968 et 1986 qui se sont pour l'essentiel traduites par un renforcement des contrôles. Toutefois, la Suède connaît un fort courant sous-jacent en faveur de politiques de traitement et d'information. La plupart de ces initiatives ont été proposées entre 1984 et 1985 à une époque où les statistiques montraient une baisse de la criminalité en relation avec les drogues et de l'utilisation des drogues. En 1985, la législation en matière de drogue est devenue encore plus restrictive.

D'après les participants à la table ronde, les médicaments pharmaceutiques portent des étiquettes de mise en garde contre l'alcool au volant. Les médecins sont également tenus de signaler aux autorités le nom des patients qui montrent des symptômes d'abus de drogues. D'une manière générale, de l'avis des participants, les patients sont bien informés des risques que certains médicaments pharmaceutiques présentent pour la conduite.

15.7. Statistiques officielles

Les participants à la table ronde ont estimé que 90 % des affaires portées devant le parquet étaient menées jusqu'au bout de la procédure. Par ailleurs, on évalue à 10 % les condamnations de femmes pour abus des drogues et de l'alcool en Suède.

15.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

L'alcool et la drogue reçoivent un haut rang dans les priorités politiques suédoises. Toutefois, d'après les participants à la table ronde, les hommes politiques à tendance libérale sont généralement favorables à des interventions sous forme de traitement, tandis que leurs homologues conservateurs préfèrent les mesures préventives. Les partis politiques n'ont généralement pas une attitude très différente vis-à-vis de la légalisation de la drogue: ils sont pour l'essentiel contre les mesures de libéralisation.
D'après les participants, la Suède a le sentiment que, pour elle, la principale menace vient de Pologne et des autres pays d'Europe orientale dont la mer les sépare. «Nous ne pouvons pas garder nos frontières fermées» a dit un des participants.

15.9. Tables rondes

La situation géographique de la Suède et la combinaison de conservatisme social et de libéralisme politique qui la caractérise traditionnellement en font un marché de choix pour l'écoulement de la drogue provenant des pays en transition voisins d'Europe orientale. Empêcher la drogue de franchir les frontières suédoises tout en les maintenant ouvertes pour diversifier les relations commerciales constitue un défi pour les autorités de police comme pour les responsables de l'élaboration des politiques.

Les participants à la table ronde ont indiqué que lorsque la police est appelée sur la scène d'un accident, son premier souci est de veiller à ce qu'il ne se produise pas davantage de victimes, c'est-à-dire qu'elle s'efforce de garantir la sécurité routière pour les autres conducteurs arrivant sur la scène de l'accident. Comme c'est le cas dans bon nombre d'autres pays européens, lorsqu'on constate sur la scène de l'accident qu'un conducteur a dépassé le taux légal d'alcoolémie, aucun autre test de dépistage de la drogue n'est effectué puisque l'alcootest a force probante et suffit à faire reconnaître la culpabilité du conducteur qui conduisait en état d'ivresse ou d'ivresse lourde.

Les participants ont également discuté de l'attitude de certains conducteurs qui, une fois leur permis retiré ou suspendu, ont continué de conduire sans ce permis. Ces conducteurs calculent que l'amende, si ils se font prendre sans permis, est relativement faible. Pour lutter contre cette tendance, il est dorénavant possible de retirer le permis au propriétaire d'une voiture qu'il a prêtée à un conducteur sans permis.

Finalement, les participants ont évoqué d'une manière générale les mesures qu'ils estimaient susceptibles de réduire les problèmes de drogue et de conduite sous l'influence de la drogue en Suède. Ils ont émis le souhait qu'un appareil fiable de dépistage de la drogue soit utilisé en bord de route et ont aussi proposé la généralisation d'un permis de conduire sous forme de carte à puce d'un prix abordable qui servirait à la fois comme détecteur d'alcool et de drogue intégré dans l'automobile.

16. Suisse

16.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

Les sanctions légales pour les activités liées à la drogue sont prévues dans le Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, «Loi sur les stupéfiants») de 1951. Les substances visées sont indiquées dans la loi elle-même (article 1er). Cette disposition définit les «stupéfiants» comme des substances engendrant la toxicomanie et des produits appartenant aux familles de la morphine, de la cocaïne et du cannabis. La loi cite également certaines substances particulières (établissant une distinction entre les matières premières telles que l'opium, la paille de pavot, les feuilles de coca, les feuilles de marijuana, les «Wirkstoffe» et les substances ayant un effet similaire aux substances susmentionnées. En outre, la loi cite les substances psychotropes engendrant la toxicomanie qu'elle assimile aux stupéfiants:

- les hallucinogènes tels que le LSD et la mescaline;
- les amphétamines et les substances du type amphétaminique;
- les barbituriques et benzodiazépines; et
- les substances ayant un effet similaire aux substances susmentionnées.

Une liste de toutes les substances relevant de ces dispositions est tenue à jour au Ministère de la santé.

Tableau 16.1. Conséquences juridiques de différents types d'activités liées à la drogue[22]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Pénale
Base juridique	Art. 19, BetmG	Art. 19, BetmG	Art. 19b, BetmG	Art. 19a, BetmG
Sanctions et peines prévues par la loi **Drogue:** stupéfiants et substances psychotropes assimilées	**Emprisonnement:** Min. 3 jours, max. 3 ans; **et/ou** **Amende**: 1 à 40 000	**Emprisonnement**: Min. 3 jours, max. 3 ans; et/ou **Amende**: 1 à 40 000	Aucune sanction	**Emprisonnement**: Min. 1 jour, max. 3 mois; **et/ou** **Amende**: 1 à 5 000 **Alternatives:** Non-lieu; absence de sanction; mise en garde
Circonstances aggravantes (grandes quantités, gains élevés, bande organisée)	**Emprisonnement**: Min.1 an, max. 20 ans; **et/ou** **Amende**: Max. 1 million	**Emprisonnement**: Min.1 an, max. 20 ans; **et/ou** **Amende**: Max. 1 million		

[22]. Les amendes indiquées aux tableaux 16.1 et 16.2 sont exprimées en francs suisses.

Les sanctions prévues par la Loi sur les stupéfiants n'établissent pas de différence entre les différents types de drogues. Elles visent les stupéfiants d'une manière générale (y compris les substances psychotropes assimilées). Le code réprime la vente, la détention et la consommation de la drogue. Toutefois, les dérogations qui y sont prévues constituent un large éventail de dépénalisation des agissements en cause lorsqu'ils sont commis pour usage personnel.

D'après l'article 19b, l'acte dont il peut être prouvé qu'il a été commis par l'intéressé pour se préparer à consommer sa propre drogue (achat, détention, etc.) n'est pas répréhensible lorsque les quantités de drogue sont faibles. L'acte de consommation est en lui-même d'une manière générale répréhensible d'après l'article 19a. Mais, en cas d'«infractions mineures» (correspondant sans doute à des affaires de drogues douces et/ou à de petites quantités de drogues et/ou à des délinquants primaires), les poursuites sont abandonnées et le tribunal n'appliquera pas de sanctions. Il en va de même – qu'il s'agisse ou non d'une infraction mineure – lorsque le délinquant accepte de se soumettre à un traitement médical. Est appliqué en pareil cas le principe du «remplacement de la sanction par la thérapie». Dans la pratique, la majorité des affaires de consommation sont traitées comme des infractions mineures et de ce fait peu de condamnations sont prononcées.

En résumé, il convient de noter que même si à première vue, en Suisse, la législation semble être plus sévère que dans la plupart des autres pays dans la mesure où la consommation de la drogue y est pénalisée, à y regarder de plus près toutefois, cela ne se confirme pas étant donné le large éventail de possibilités qu'ont le ministère public et les juges pour abandonner les poursuites. En fait, cette pratique implique une attitude plus libérale que dans beaucoup d'autres pays. Le critère décisif pour déterminer si une législation sur la drogue est plus libérale ou plus sévère ne doit pas être uniquement l'existence d'une disposition pénalisant officiellement la consommation de drogues. En fait, le critère décisif est l'existence d'une série de possibilités permettant d'abandonner les poursuites en cas de consommation de drogues ou de détention de drogues pour usage personnel uniquement. Ce principe reconnaît en fait le droit de se nuire éventuellement à soi-même sans nuire aux autres. Ces possibilités peuvent être établies soit par la voie législative (comme dans le cas de la loi suisse sur les stupéfiants) soit par la pratique de la poursuite judiciaire (voir par exemple les principes directeurs britanniques en matière de poursuites judiciaires).

Les toxicomanes délinquants peuvent soit faire l'objet de sanctions conventionnelles, soit échapper à toute sanction, être expulsés du pays (dans le cas de personnes n'ayant pas la nationalité suisse) ou encore se soumettre à un traitement médical dans une institution.

16.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 16.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficien** (Entraîna accident blessures
ALCOOL				
Type d'infraction	Administrative	Administrative	Administrative	Administ
Base juridique	Art. 31, II; 91, I SVG; Art. 2,I, II VRV	Art. 31, II; 91, I SVG; Art. 2,I, II VRV	Art. 31, II; 91, I SVG; Art. 2,I, II VRV (exige de faire courir un risque grave à autrui par suite d'une infraction grave au code de la route)	Art. 31, II SVG; Art VRV
Sanctions et peines prévues par la loi	**Seuil**: 0,8 pour mille (sang) **Emprisonnement**: Min. 3 jours, max. 3 ans, **et/ou** **Amende**: Max. 40 000 **Suspension du permis de conduire:** Min. 2 mois	**Emprisonnement**: Min. 3 jours, max. 3 ans; **et/ou** **Amende**: Max. 40 000 **Suspension du permis de conduire:** Min. 2 mois	**Emprisonnement**: Min. 3 jours, max. 3 ans; **et/ou** **Amende**: Max. 40 000 **Suspension du permis de conduire:** Min. 2 mois	**Empriso** Min. 3 jou 3 ans; **et Amende** 40 000 **Suspens permis d conduire**
	STUPEFIANTS			
Type d'infraction		Administrative	Administrative	Administ
Base juridique	Néant	Art. 31 II, 90 I SVG, Art. 2 I VRV	Art. 31II, 90II, SVG; Art. 2,I, VRV (qui pose un danger grave pour autrui par suite d'une violation grave du code de la route)	Art. 31 II, SVG, Art
Sanctions et peines prévues par la loi		**Emprisonnement**: Max. 3 mois **et/ou**: **Amende**: Max. 5 000 **Suspension du permis de conduire:** Min. 1 mois	**Emprisonnement**: Min. 3 jours, max. 3 ans; **et/ou** **Amende**: Max 40 000 et **suspension du permis de conduire**: min 1 mois	**Empriso** Min. 3 jou max. 3 a **Amende** 40 000 e **suspens permis d conduire** min 1 mo

Les dispositions juridiques régissant la conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue sont contenues dans le Strassenverkehrsgesetz (SVG, Loi sur la circulation routière) et le Verkehrsregelverordnung (VRV, Ordonnance sur le code de la route). La réglementation de la VRV renforce et clarifie le SVG sur de nombreux points.

A ce jour, les sanctions prévues par la loi en cas de conduite sous l'influence de la drogue ne peuvent être imposées que si la déficience est prouvée. Le SVG ne mentionne pas expressément la drogue. La conduite sous l'influence de la drogue est implicitement visée dans le passage de caractère général suivant: «Toute personne ivre, fatiguée, ou dans l'incapacité de conduire pour une autre raison n'est pas autorisée à conduire un véhicule à moteur» (article 31 II, SVG). La VRV, lui, évoque expressément la drogue et les médicaments: «Toute personne dans l'incapacité de conduire un véhicule à moteur sous l'effet de la fatigue, de l'influence de l'alcool, des médicaments ou de la drogue...» (article 2 II, VRV). L'expression «des médicaments ou de la drogue» n'est pas davantage définie.

Il semble que les sanctions applicables à la conduite sous l'influence de la drogue soient moindres que celles retenues pour la conduite en état d'ivresse. Elles ne sont équivalentes que lorsqu'un conducteur dont la capacité de conduire est réduite par la drogue constitue un risque grave pour autrui (article 90 II, SVG). Les experts ont toutefois fait observer que dans les cas de conduite sous l'influence de la drogue, un tel risque est normalement tenu pour allant de soi.

Toute personne ayant causé accidentellement des blessures ou la mort à autrui alors qu'elle était soumise à l'influence d'une substance est passible d'une sanction prévue par les dispositions générales du Code pénal pour négligence ou imprudence ayant entraîné une blessure. Aucune disposition du code de la route ne prévoit cette situation.

A l'heure actuelle, une réforme de la Loi sur la circulation routière (SVG) est en cours de préparation et un débat a commencé au niveau législatif. Un des principaux objectifs du débat est d'instaurer des limites analytiques en matière de drogues et de médicaments au volant.

Le degré des peines appliquées sera aligné sur celui des peines applicables à l'abus d'alcool, soit une peine d'emprisonnement de trois jours à trois ans et/ou une amende allant jusqu'à 40 000 francs lorsqu'il n'y a pas de risque grave pour autrui.

Une autre proposition de réforme consiste à instaurer comme taux légal d'alcoolémie 0,5 pour mille. Ce rabaissement du taux d'alcoolémie est censé s'aligner sur l'évolution du barème des sanctions applicables aux affaires d'abus d'alcool. On considère d'une manière générale que les sanctions actuelles en cas de dépassement du taux de 0,8 pour mille seraient disproportionnées si on les appliquait au taux de 0,5 pour mille. (Pour les conducteurs conduisant à des fins commerciales et professionnelles, le taux légal est de 0,5 pour mille).

16.3. Action de la police

Pour l'essentiel, les dispositions concernant les contrôles de police figurent dans la Loi sur la circulation routière (Strassenverkehrsgesetz, SVG), dans l'Ordonnance sur le code de la route (Verkehrsregelnverordnung, VRV) et dans l'Ordonnance sur les permis (Verkehrszulassungsverordnung, VZV). Ces dispositions sont de portée nationale et régissent essentiellement la manière dont les opérations de détection sont menées, la manière dont les tests d'alcoolémie par l'haleine sont administrés et les règles de prélèvement sanguin dans les affaires d'abus d'alcool. Ces textes ne *prévoient pas* de règles concernant les tests biologiques dans les affaires de *drogue*. Cette question est régie par les codes de procédure des 26 cantons suisses. La réglementation varie plus ou moins d'un canton à l'autre. Les experts considèrent que cet état de choses est très peu efficace et très peu satisfaisant car il empêche d'adopter une stratégie nationale uniforme en ce qui concerne la conduite sous l'influence de la drogue. C'est ce qui explique que cette question fasse également l'objet d'un débat en vue d'une réforme. Aussi le projet de nouvelle loi sur la circulation routière prévoit-il des procédures pour pouvoir soumettre les conducteurs se trouvant sous l'influence de la drogue ou de médicaments à des analyses sanguines ainsi qu'à des tests de dépistage (urine et salive notamment).

On trouvera indiquées ci-dessous les dispositions en vigueur ainsi que des propositions de réformes.

16.3.1. Contrôles effectués par la police

Des contrôles de routine peuvent être menés dans le cadre de la mission préventive de caractère général de la police. Seuls trois cantons sont dotés d'une réglementation particulière concernant les contrôles routiers.

Il est procédé à d'importants contrôles routiers environ une dizaine de fois par an. Des contrôles de moindre importance sont effectués beaucoup plus fréquemment. Ils ont lieu à n'importe quel moment de la journée, soit de manière aléatoire soit lorsqu'un agent de police remarque qu'un conducteur conduit de manière anormale.

16.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Tests pour l'analyse de l'haleine. Les tests d'analyse d'haleine peuvent devenir obligatoires si le conducteur donne des signes d'intoxication par l'alcool (art. 55 II, SVG; 138 III, VZV). Ces tests ne servent qu'au dépistage et demandent à être confirmés par un prélèvement sanguin. Si un conducteur refuse de laisser analyser son haleine, un prélèvement sanguin sera ordonné.

La réforme proposée prévoit la possibilité de soumettre n'importe quel conducteur à une analyse d'haleine qu'il y ait ou non des raisons de craindre une imprégnation alcoolique (par exemple, conduite suspecte au volant). Tout refus se verra assujetti aux mêmes pénalités que celles appliquées en cas d'intoxication effective (art. 91 III, nouveau SVG), y compris la suspension du permis de conduire (voir plus haut). Un prélèvement sanguin pourra également être effectué.

16.3.3. Règles régissant le recueil de preuves matérielles probantes

Prélèvement de sang et d'urine. Dans les *affaires d'abus d'alcool*, un prélèvement sanguin peut être exigé (art. 138 II, VZV) si le conducteur présente des symptômes d'intoxication. Si l'analyse de l'haleine révèle une concentration d'alcool inférieure à 0,6 pour mille, il ne sera normalement pas procédé à un prélèvement sanguin (art. 138 III). Pour tout prélèvement sanguin, l'intéressé doit donner son assentiment et ne peut y être contraint de force (des pouvoirs plus larges sont peut-être attribués dans certains cantons). Le refus de se soumettre à une analyse de sang ou à l'examen médical qui s'ensuit donnera lieu aux mêmes sanctions – notamment la suspension du permis de conduire – que les cas d'intoxication effective (art. 91 III, SVG; art. 138 IV, VZV). Toutefois, s'il y a une raison majeure, un prélèvement sanguin peut être effectué de force (art. 138 V, VZV). On entend, par exemple, par «raison majeure» la nécessité en cas d'accident de procéder à cette analyse de sang pour des motifs médicaux. Les experts ont fait observer que dans la pratique, la police a un très large pouvoir d'appréciation pour invoquer une raison «majeure».

En ce qui concerne les *affaires d'imprégnation par la drogue ou les médicaments*, les règles concernant les prélèvements de sang et d'urine dépendent des dispositions et des procédures arrêtées par les cantons concernés (voir plus haut). Il est cependant probable que ces prélèvements ne peuvent généralement se faire que s'il y a des signes effectifs d'imprégnation.

D'après la réforme proposée (art. 55a, nouveau SVG), une analyse sanguine et des tests de dépistage (urine et salive notamment) peuvent être nécessaires au cas où, selon certains signes, la capacité de conduire du conducteur serait diminuée par la prise de drogue ou de médicaments. Le refus d'obtempérer sera puni des mêmes sanctions que celles appliquées en cas de déficience effective due à la drogue ou des médicaments (art. 91a, III, nouveau SVG), notamment la suspension du permis de conduire. Dans les cas graves, des prélèvements de sang peuvent être effectués de force, particulièrement lorsqu'il y a eu accident (art. 55a, II, nouveau SVG, voir ci-dessus). En outre, la réforme proposée prévoit l'adoption par le Parlement d'une réglementation régissant l'administration et les analyses d'haleine, de sang et d'urine ainsi que le passage d'un examen médical supplémentaire lorsqu'il s'agit d'une affaire d'imprégnation par la drogues ou les médicaments (c'est-à-dire que des procédures sont arrêtées concernant la méthode de prélèvement, l'analyse, le contrôle de qualité, etc.). Cette réglementation ne vaut actuellement que pour l'alcool (art. 138 et suivants, VZV). S'agissant de la drogue et des médicaments, il n'existe actuellement que des recommandations des ministères de la justice et de la police (Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement, 1.1.1995).

Arrestation. Lorsque le conducteur donne l'impression que sa conduite ne garantit pas la sécurité d'autrui, la police a le pouvoir de confisquer son véhicule et d'amener l'intéressé dans un centre médical pour qu'il y subisse un test biologique. Le conducteur ne sera généralement pas arrêté ni placé en détention provisoire au-delà de la période nécessaire à l'analyse.

16.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

Dans certains cantons, la police utilise des analyseurs de sueur et/ou d'urine. Les règles régissant ces tests sont fixées dans le code de procédure de chaque canton. La plupart des cantons renoncent peu à peu, pour des raisons idéologiques, au dépistage de bord de route car les appareils actuels n'ont pas démontré leur efficacité (particulièrement en ce qui concerne la drogue la plus couramment consommée, le cannabis). Un des principaux problèmes rencontrés dans l'utilisation des analyseurs est qu'il est désagréable de procéder à des prélèvements de sueur et d'urine tant pour l'agent de

police que pour le conducteur. C'est particulièrement vrai dans certaines situations embarrassantes où le conducteur doit fournir un échantillon de son urine sur le bord de la route en présence d'un agent de police. Les cantons qui ont fait l'essai des tests d'urine ont eu à faire face à un nombre extrêmement élevé de refus. D'après l'expérience des autorités suisses, les conducteurs sont davantage disposés à donner du sang que de l'urine.

16.3.5. Formation au dépistage de la drogue

Tout agent de la circulation suit régulièrement des cours de formation au dépistage des cas de conducteurs se trouvant sous l'influence de la drogue et des médicaments.

16.3.6. Problèmes recensés

Les problèmes les plus notables rencontrés par la police de la route suisse sont les suivants:

- Détecter la drogue dans le véhicule et s'efforcer d'empêcher le conducteur ou les passagers de s'en débarrasser avant qu'elle ne soit confisquée;

- Classer avec exactitude les drogues trouvées dans le véhicule;

- Déterminer avec exactitude les symptômes de l'imprégnation par l'alcool, la drogue et les médicaments;

- Difficulté à s'assurer rapidement des services médicaux d'un médecin compétent; et

- Impossibilité de faire remplir un questionnaire par écrit pour corroborer le fait que le conducteur en infraction est fortement intoxiqué.

16.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Ouverture de poursuites. S'il y a des preuves d'une déficience due à la drogue, des poursuites seront généralement entamées. Ni la personne en infraction ni le ministère public ne peut l'éviter. Ce n'est que dans des cas d'infractions tout à fait mineures (par exemple en cas de déficience impossible à démontrer) qu'il est loisible au parquet d'abandonner les poursuites. Un non-lieu peut également être prononcé si le conducteur peut prouver que l'incident a eu sur lui des effets à ce point pénibles que toute autre sanction ne serait d'aucune autre utilité (par exemple si le conducteur a provoqué un accident au cours duquel ses enfants ont été tués).

Déclaration de culpabilité. Le ministère public et les juges n'ont d'ordinaire aucune difficulté à entamer des poursuites et à aboutir à une condamnation dans les affaires de drogue. Le juge délivre généralement une sanction sous forme de mandat (Strafmandat) qui est rarement contesté.

Condamnation. Le pouvoir de décision en matière de peines s'inscrit dans le cadre des sanctions prévues par les dispositions pertinentes. Le pouvoir d'appréciation du tribunal dépend des circonstances atténuantes et des circonstances aggravantes prévues dans le Code pénal (art. 63 et ss). Si l'auteur de l'infraction est un toxicomane, le tribunal peut ordonner qu'il soit remis entre les mains d'un institut médical compétent.

La période s'écoulant entre l'arrestation d'un conducteur sous l'influence de la drogue et sa condamnation varie d'une affaire à l'autre.

16.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire

La drogue au volant. Les effets de la conduite en état d'ivresse et de la drogue au volant sont réglementés aux articles 14, 16 et 17 du SVG. Une infraction à la réglementation sur la conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de la drogue entraîne la suspension du permis de conduire pour au moins un mois dans les cas de drogue et deux dans ceux d'abus d'alcool (intitulés «Warnungsentzug»). S'agissant des récidivistes dans les affaires d'abus d'alcool (c'est-à-dire ceux commettant une nouvelle infraction dans un délai de cinq ans), la suspension sera d'au moins un an. Il n'existe pas de disposition correspondante pour la drogue; voir toutefois le projet de réforme ci-dessous.

S'il se révèle que le conducteur est en état de dépendance de l'alcool ou de stupéfiants, le permis sera retiré pour une période indéfinie (au moins un an) et ne sera restitué que si le conducteur peut faire la preuve que cette dépendance a cessé («Sicherungsentzug». Les modalités exactes de restitution du permis (analyse d'urine et/ou de cheveux, nouvel examen de conduite, etc.) relèvent du pouvoir d'appréciation de l'autorité chargée de délivrer les permis.

La période de suspension est également visée dans la proposition de réforme. D'après les articles 14 et suivants du nouveau SVG, la durée minimum de suspension sera de trois mois pour les conducteurs en état d'ivresse (si le taux d'alcoolémie dépasse 0,8) ainsi que pour les conducteurs sous l'influence de la drogue. Pour les récidivistes répondant à la définition donnée ci-dessus tant pour l'alcool que pour la drogue, la suspension sera d'au moins six mois.

Drogue en général. La Loi sur les stupéfiants prévoit que tout agent de l'autorité qui est avisé qu'une personne s'adonne à la drogue doit en informer les autorités chargées de la délivrance des permis (art. 15 VI, BetmG). Cela vaut également pour les médecins privés qui savent qu'un de leurs patients est toxicomane (art. 14 IV SVG). Il en va de même de la police qui fait rapport sur les infractions en matière de drogue. Dans la pratique, les auteurs d'infractions en matière de drogue repérés par la police ne sont pas tous signalés aux autorités chargées de la délivrance des permis. Sinon – comme le font remarquer les experts – le nombre de suspensions et/ou de retraits de permis serait bien plus élevé (voir 16.7, **Statistiques officielles**). Il n'existe aucune procédure normalisée précisant l'obligation qu'a la police de faire rapport sur des cas de toxicomanie. Quoi qu'il en soit, les autorités chargées de la délivrance des permis sont avisées lorsqu'une condamnation est prononcée pour une infraction à la Loi sur les stupéfiants.

Les participants au programme de substitution de l'héroïne se voient retirer leur permis pendant la durée du traitement. Dans le cas de la méthadone, les participants ne sont pas tenus à la même obligation.

16.6. Prévention

Des programmes particuliers de prévention existent en Suisse. Par exemple, l'opération promouvant l'annonce «Pas d'alcool, pas de drogue, pas de problème» est bien connue même si l'on ne dispose d'aucune donnée sur l'efficacité de ce genre de programme.

16.7. Statistiques officielles

La seule information statistique fournie dans cette section est le nombre de suspensions ou de retraits de permis de conduire par an:

- En 1997, 427 permis (dont 85 appartenaient à des conducteurs impliqués dans un accident) ont été suspendus ou retirés pour infraction à la réglementation sur la conduite sous l'influence de la drogue ou de médicaments.

- Dans les affaires d'abus d'alcool, ce chiffre a été de 15 491 (dont 4 275 liés à un accident).

- S'agissant de toxicomanie, 1 615 permis ont été suspendus ou retirés.

- S'agissant d'alcoolisme, ce chiffre a été de 668.

16.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

La politique suisse en matière de drogue repose sur quatre principes de base («quadruple approche de la politique en matière de drogues»):

- prévention (considérée comme l'élément stratégique le plus important);
- thérapie (les programmes suisses fournissant sur ordonnance de l'héroïne aux héroïnomanes sont l'exception en Europe);
- réduction des risques; et
- application de la loi.

En principe, la stratégie fédérale considère toutes les substances psychotropes de la même manière. Des efforts sont faits pour mettre en place une «loi sur la toxicomanie» qui inclut toutes les substances psychotropes y compris l'alcool.

La politique actuelle en matière de drogue bénéficie de l'appui d'une majorité de la population. Les attitudes diffèrent selon les partis et les mouvements politiques. Contrairement au schéma habituel qui veut que les partis libéraux et socialistes sont favorables au programme de libéralisation de la drogue, le Gouvernement fédéral est totalement opposé à toute libéralisation.

Deux plébiscites importants ont cherché à modifier l'orientation de la politique suisse en matière de drogue, chacun abordant le problème de la drogue à l'extrême opposée:

- Les auteurs de l'initiative «Une jeunesse sans drogue» réclament une politique stricte fondée sur l'abstinence avec des éléments de contrôle rigoureux de prévention et de thérapie. Il s'agit d'interdire la prescription médicale de stupéfiants, notamment l'héroïne. En septembre 1997, cette initiative a été rejetée à une majorité écrasante (70 %) par les électeurs.

- A l'opposé, l'initiative «Droleg» proposait la dépénalisation de l'utilisation et de la détention de drogue ainsi que l'achat pour usage personnel. En novembre 1998, cette initiative a été également rejetée à une majorité écrasante (74 %) par les électeurs.

Le rejet par la population suisse de ces deux initiatives tout à fait opposées a montré non seulement que la politique suisse en matière de drogue fondée sur une quadruple approche était largement acceptée mais qu'il en allait de même de la stratégie fédérale suivie pour atteindre ces objectifs.

16.9. Tables rondes

L'intérêt manifesté actuellement en Suisse pour le problème de la drogue au volant se reflétait dans les réponses des experts aux questionnaires et dans l'enthousiasme qu'ils ont montré collectivement lors de la réunion. Comme dans beaucoup d'autres pays, les autorités chargées de l'application de la loi ont un sentiment d'impuissance face à leur incapacité de prouver que la drogue réduit l'aptitude à conduire même si certains faits de caractère anecdotique démontrent qu'il existe un problème de drogue au volant dans le pays.

17. Royaume-Uni

17.1. Dispositions juridiques relatives à la drogue en général

La loi réglementant la toxicomanie est la Loi sur l'abus des drogues («Misuse of Drugs Act») de 1971, qui porte spécifiquement sur les drogues et relève du droit pénal. La loi établit une différence entre les drogues de la classe A, de la classe B et de la classe C. La répartition par classes se fait en fonction de la dangerosité relative pour l'usager. Les substances correspondant à chaque catégorie sont classées dans un appendice joint à la loi.[23]

Exemples de substances visées dans chaque classe:

- Classe A: cocaïne, opium (que ce soit à l'état brut, à l'état de préparation ou à l'état médicinal), LSD, psilocybine.
- Classe B: amphétamines, cannabis (et résine de cannabis), codéine.
- Classe C: bromazépam, autres médicaments se terminant par -zépam (c'est-à-dire les benzodiazépines).

Tableau 17.1. Conséquences juridiques d'activités liées à la drogue[24]

	Vente	**Détention**	**Petites quantités pour usage personnel**	**Consommation**
Type d'infraction	Pénale	Pénale		Aucune sanction
Base juridique	Loi sur l'abus des drogues de 1971	Loi sur l'abus des drogues de 1971		
STUPEFIANTS DE LA CLASSE A (cocaïne, opium, LSD, psilocybine, etc.)				
Sanctions prévues par la loi	Simple police: **Emprisonnement**: 6 mois; **et/ou Amende** Sur inculpation: **Emprisonnement**: à vie **et/ou Amende**	Simple police: **Emprisonnement**: 6 mois **et/ou Amende** Sur inculpation: **Emprisonnement**: 7 ans **et/ou Amende**		
STUPEFIANTS DE LA CLASSE B (amphétamines, cannabis, codéine, etc.)				
Sanctions prévues par la loi	Simple police: **Emprisonnement**: 6 mois **et/ou Amende** Sur inculpation: **Emprisonnement**: 14 ans **et/ou Amende**	Simple police: **Emprisonnement**: 3 mois **et/ou Amende**: 2 500 Sur inculpation: **Emprisonnement**: 5 ans **et/ou Amende**	Les lignes directrices concernant les peines recommandent une amende pour le cannabis	

[23]. (Tableau 2, p. 725 et ss.)
[24]. Toutes les amendes indiquées au tableau 17.1 et au tableau 17.2 sont exprimées en livres sterling. Les renseignements sont tirés de la Loi sur l'abus des drogues, appendice, tableau 4, p. 735 et suivantes.

STUPEFIANTS DE LA CLASSE C (**bromazépam, autres benzodiazépines**)				
Sanctions prévues par la loi	Simple police: **Emprisonnement**: 3 mois; **et/ou Amende**: 2 500 Sur inculpation: **Emprisonnement**: 5 ans **et/ou Amende**	Simple police: **Emprisonnement**: 3 mois; **et/ou Amende**: 1 000 Sur inculpation: **Emprisonnement**: 2 ans **et/ou Amende**		

Les drogues de la classe A sont celles qui entraînent les sanctions les plus graves; celles de la classe C les moins graves. Le degré de pénalité indiqué dans le tableau correspond à la sanction maximale. La loi ne prévoit pas de peines minimales. D'après les principes directeurs à appliquer en matière de peines, les affaires concernant les drogues de la classe A et de la classe B doivent normalement être jugées «sur action publique», c'est-à-dire qu'elles sont renvoyées devant la «Crown Court» pour jugement et ne sont pas jugées en correctionnelle. La Loi sur l'abus des drogues prévoit des sanctions pour la fourniture et la détention de drogue mais n'en prévoit pas pour la consommation de drogue.

La loi ne vise pas les petites quantités de drogue utilisées à des fins personnelles, mais les principes directeurs développés par les tribunaux en matière de condamnation les prennent en compte. D'après ces principes directeurs, il est recommandé d'infliger une amende pour détention de cannabis même lorsqu'il ne s'agit que de petites quantités destinées à un usage personnel[25]. Toutefois, aucune disposition ne prévoit la possibilité d'un sursis ou d'un non-lieu. La prison n'est recommandée que pour les récidivistes. Même si dans la documentation fournie par les experts on ne trouve aucune définition de ce qu'est une «petite quantité» ou un «faible volume», les participants à la table ronde ont indiqué que d'après les Law Lords, on doit entendre par petite quantité «ce qui tient dans une main».

[25]. Chapitre 9, Peines pour les infractions en matière de drogues, p. 9/2.

17.2. Dispositions juridiques relatives à la conduite sous l'influence de la drogue

Tableau 17.2. Conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de la drogue

	Dépassement de la limite (La preuve d'une déficience n'est pas nécessaire)	**Déficience** (N'ayant pas entraîné d'accident ni de blessures)	**Déficience** (Mise en évidence d'un danger pour une personne)	**Déficience** (Entraînant un accident ou des blessures)
	ALCOOL ET STUPEFIANTS			
Type d'infraction	Pénale	Pénale	Pénale	Pénale
Base juridique	Loi sur les infractions routières 1988/5; **Seuil pour la seule alcoolémie**: 0,8 pour mille (sang); 0,107 (urine), 35 micro-grammes/ 100 millilitres (haleine)	Loi sur les infractions routières 1988/4.1	Aucune disposition réglementaire	Loi sur les infractions routières 1991/3 si l'intéressé a causé mort d'homme pendant sa déficience ou alors qu'il dépassait le taux légal
Sanctions et peines prévues par la loi	**(Alcool seulement**:) **Emprisonnement**: Max. 6mois; **ou** **Amende**: 5 000 **Suspension («retrait») du permis de conduire:** Min. 12 mois; plus longtemps pour les récidivistes	**Emprisonnement**: Max. 6 mois; **ou** **Amende**: 5 000 **Suspension («retrait») du permis de conduire**: Min. 12 mois; plus longtemps pour les récidivistes		**Emprisonnement**: Max. 10 ans **Amende:** aucun plafond **Suspension («retrait») du permis de conduire**: Min. 2 ans; plus longtemps pour les récidivistes

Les conséquences juridiques de la conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue sont entièrement traitées comme des délits dans des lois propres à la circulation routière: les lois sur la circulation routière de 1988 et 1991. Ces lois ne prévoient pas de peines minimales. Les dispositions en matière de déficience exigent que la preuve soit faite que le conducteur est inapte à la conduite parce qu'il est sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. Le terme «drogue» s'entend de tout produit autre que l'alcool qui provoque une intoxication (Loi sur la circulation routière 1988/11).

17.3. Action de la police

Les mesures régissant l'action de la police en bord de route et les poursuites juridiques ultérieures figurent dans la Loi sur la circulation routière de 1988. On trouvera donc dans le même texte juridique à la fois les sanctions prévues par la loi pour réprimer la conduite sous l'influence de la drogue et les moyens légaux pour obtenir les preuves nécessaires. Les dispositions concernant les contrôles de police cités plus bas valent pour l'Angleterre et le Pays de Galles. En Ecosse et en Irlande du Nord, les dispositions pertinentes leur sont semblables mais pas identiques.

17.3.1. Contrôles effectués par la police

La police a le pouvoir d'arrêter tout véhicule à moteur pour un contrôle de routine même si elle n'a pas de soupçons particuliers (Loi sur la circulation routière 1988/162). La fouille et la recherche de drogues ne constituent qu'une des activités menées par la police dans le cadre général de ses contrôles en bord de route. Il peut arriver que des contrôles particuliers soient effectués à la recherche de drogues. La recherche de conducteurs sous l'influence de l'alcool est une activité continue tout au long de l'année, renforcée pendant l'été et à la période de Noël.

17.3.2. Règles régissant la recherche des causes probables

Analyse d'haleine. La police n'a aucun pouvoir pour procéder à des tests aléatoires d'analyse d'haleine. Les «contrôles de sobriété» ne sont donc pas autorisés. Les analyses d'haleine (pour dépistage ou établissement des faits) ne peuvent être exigées que dans les conditions suivantes (Loi sur la circulation routière de 1988/6):

- L'agent de police soupçonne le conducteur d'avoir bu;
- Le conducteur a commis une infraction au code de la route; ou
- Le conducteur a été impliqué dans un accident.

Refuser un test d'analyse d'haleine sans excuse raisonnable est passible de la même sanction que le dépassement du taux légal (Loi sur la circulation 1988/6). Il est implicite que ces sanctions incluent également la suspension du permis, même si cela n'est pas indiqué dans les textes législatifs présentés en vue de l'établissement du présent rapport.

17.3.3. Règles régissant le recueil des preuves matérielles probantes

Analyses de sang et d'urine. On peut exiger des prélèvements de sang et d'urine dans les mêmes conditions que des analyses d'haleine (Loi sur la circulation routière 1988/7). En outre, le médecin de la police peut corroborer le soupçon qu'a l'agent de ce que l'attitude du conducteur risque d'être due à l'alcool ou à la drogue. Si le médecin ne peut déceler une quelconque déficience, il n'est pas possible d'exiger un prélèvement. C'est l'agent de police qui décide de procéder ou non à un prélèvement de sang ou d'urine après consultation d'un médecin. Les prélèvements sont analysés dans un laboratoire scientifique de la police (the Forensic Science Service en Angleterre et au Pays de Galles).

Les prélèvements sanguins ne sont pas effectués de force puisque la loi sur la circulation routière prévoit des sanctions en cas de refus. Refuser sans excuse valable de subir un prélèvement de sang ou d'urine lorsqu'il a été ordonné à bon escient constitue, là aussi, une infraction passible des sanctions susmentionnées.

Aucune information n'a été fournie sur les principes directeurs ou les recommandations garantissant au plan national une procédure uniforme en ce qui concerne le prélèvement et l'analyse des échantillons. Par ailleurs, la Loi sur la circulation routière ne prévoit d'attribuer aucun pouvoir particulier pour procéder à des tests de dépistage de la drogue en bord de route.

17.3.4. Dispositifs utilisés pour les tests

Beaucoup d'efforts ont été déployés pour mettre au point des dispositifs de dépistage en bord de route. Deux dispositifs étaient à l'examen au moment où se tenait la table ronde: l'un pour les tests de sueur et l'autre pour les tests de salive. Quatre détachements de police (trois en Angleterre, un en Ecosse) ont récemment procédé à des essais en bord de route pour déterminer si ces dispositifs étaient d'un usage pratique et acceptable.

17.3.5. Formation à la reconnaissance de l'usage de drogues

Au Royaume-Uni, les agents de police ne reçoivent à l'heure actuelle pratiquement aucune formation en bonne et due forme pour apprendre à reconnaître les symptômes chez un conducteur sous l'influence de la drogue. Toutefois, lors de la table ronde, les participants ont indiqué que cette absence de formation était due au fait qu'on ne se rendait pas compte de l'ampleur du problème. En cas de soupçon de conduite sous l'influence de la drogue, le coût du suivi d'une affaire peut parfois représenter aussi une contrainte. Une formation à la reconnaissance de l'usage de drogues et des tests de dépistage de déficiences sont en cours d'élaboration à l'intention de la police pour le jour où celle-ci pourra utiliser des appareils de dépistage en bord de route.

17.3.6. Problèmes recensés

Les principaux problèmes signalés par la police en matière de contrôle de la drogue au volant sont les suivants:

- difficulté à reconnaître les symptômes chez un conducteur sous l'influence de la drogue;

- absence de tout dispositif efficace de dépistage de la drogue en bord de route; et

- difficulté à obtenir rapidement l'intervention des médecins de la police dans les commissariats alors que les effets de certaines drogues disparaissent rapidement.

17.4. Poursuites: obligation de poursuivre ou marge d'appréciation laissée aux autorités

Arrestation. La police peut arrêter un conducteur sans avoir à produire de mandat (Loi sur la circulation routière 1988/6 [4]): 1) lorsqu'un test d'analyse de l'haleine pratiqué sur le conducteur a donné des résultats positifs; 2) lorsque l'agent est légitimement en droit de soupçonner que le taux d'alcoolémie dans l'haleine ou le sang de l'intéressé dépasse le taux légal; ou 3) si l'intéressé n'a pas accepté de laisser analyser son haleine lorsque la demande lui en a été faite et que l'agent est légitimement en droit de soupçonner que le conducteur a de l'alcool dans le corps.

Un conducteur que l'on oblige à subir une analyse de sang, d'urine ou d'haleine peut par la suite être détenu au commissariat jusqu'à ce que l'agent détermine que l'intéressé ne souffre plus d'une déficience due à l'alcool ou à la drogue et que le taux d'alcoolémie chez cette personne ne dépasse plus le taux légal (Loi sur la sécurité routière 1988/10). Ce type d'arrestation (impliquant un prélèvement sanguin, etc.) vise à garantir la sécurité routière. On ne doit pas l'interpréter comme une arrestation «traditionnelle» pour la durée de toute la procédure légale (c'est-à-dire jusqu'à la condamnation).

Poursuites. Si l'agent de police et le médecin ont l'un et l'autre décelé une déficience et que celle-ci est confirmée par un prélèvement sanguin positif, les poursuites sont entamées. Le conducteur n'a aucun moyen d'éviter ces poursuites. Les seules raisons d'abandonner les poursuites dans les affaires de drogue au volant sont donc:

- le fait qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour confirmer la déficience;
- le prélèvement sanguin n'a pas permis de déceler la présence de drogue;

La procédure de marchandage judiciaire («plea bargaining») est impossible dans les affaires de drogue au volant car il n'y a pas d'option moindre que celle correspondant à une «conduite déficiente sous l'influence de la drogue» susceptible de faire l'objet d'une substitution dans le cadre d'une transaction. La seule possibilité qui s'offre au défendeur est de plaider coupable en espérant que sa peine soit réduite.

17.5. Règles régissant la restitution du permis de conduire ou la délivrance d'un nouveau permis

Drogue en général. Aucun renseignement précis n'a été fourni par écrit sur la situation d'un consommateur de drogue ne conduisant pas, mais les informations suivantes ont été tirées de de Gier (1993; p. 51 et ss.). D'après la Loi sur la circulation routière (1988/92), toute personne qui est dépendante d'euphorisants ou d'autres substances psychotropes, ou ne faisant pas preuve de modération dans la consommation de l'alcool peut se voir refuser l'octroi du permis.

Chaque demandeur de permis de conduire doit signer une déclaration selon laquelle il ne souffre d'aucun handicap susceptible de représenter un danger pour le public, notamment la toxicomanie ou l'usage de médicaments entraînant une déficience. Si une telle incapacité se produit après que le permis a été accordé, le conducteur doit en aviser les autorités.

Si la demande lui en est faite, le médecin de famille du demandeur doit faire une déclaration sur l'état de santé de l'intéressé. Si les autorités sont informées qu'une personne abuse de la drogue ou a développé une dépendance de la drogue, un permis de conduire d'une validité d'un an peut être délivré après une entrevue avec un médecin et pour autant que le dépistage de la drogue dans les urines se révèle négatif. Un test de dépistage est obligatoire tous les ans pendant cinq ans. Si la présence de drogue est décelée dans les urines, le permis est suspendu pendant un an (six mois seulement pour le cannabis). (Ces procédures ont été mises en place en 1991 en prévision de la directive du Conseil de l'Union européenne de 1991 sur la délivrance de permis de conduire et la détermination de l'aptitude d'une personne à conduire).

Le rapport ne contient pas de renseignements sur les conditions dans lesquelles la police et les tribunaux informent les autorités chargées de la délivrance des permis des cas de consommation de drogue et sur la fréquence de ces notifications.

La drogue au volant. Les condamnations pour des infractions prévues dans les sections 4 et 5 de la Loi sur la circulation routière de 1988 entraînent le retrait ou la suspension du permis de conduire pour au moins 12 mois. Cette période peut être prolongée jusqu'à 10 ans pour les récidivistes. En cas d'accident entraînant mort d'homme (Loi sur la circulation routière 1991/3), la période minimum de suspension sera de deux ans.

Un nouvel examen de conduite automobile doit être exigé dans le cas de délinquants à haut risque, par exemple de conducteurs présentant un fort taux d'alcoolémie. Aucune information n'est fournie sur les critères retenus pour qualifier quelqu'un de «délinquant à haut risque». Les délinquants à haut risque sont tenus de suivre des cours de réadaptation et de faire la preuve de leur aptitude à conduire.

17.6. Prévention

Aucun effort particulier n'est fait pour prévenir le problème de la drogue au volant, même si les participants à la table ronde ont évoqué les campagnes médiatiques contre l'alcool au volant. Toutefois, à la suite des études entreprises sur le terrain au Royaume-Uni, les pouvoirs publics ont mis au point une campagne de sensibilisation au début de 1998 dans le cadre de laquelle la Ministre des transports routiers a publié un communiqué de presse où elle révélait que «le pourcentage de consommation illicite de la drogue chez les personnes qui ont été tuées dans des accidents de la route a notablement augmenté depuis une dizaine d'années».

17.7. Statistiques officielles

Aucun renseignement statistique n'a été fourni sur le nombre de personnes arrêtées, poursuivies et/ou condamnées pour avoir conduit sous l'influence de la drogue. Cette absence d'information s'explique par le fait que les statistiques disponibles n'établissent pas de différence entre les affaires d'abus d'alcool et d'abus de drogue. Toutefois, comme la plupart des autres pays européens, le Royaume-Uni signale que le nombre de cas connus d'abus de drogue est faible par rapport aux cas d'abus d'alcool.

Les experts ont fourni les informations suivantes qui portent sur 1997:

- 750 000 analyses d'haleine sont effectuées;

- 20 000 prélèvements sanguins sont présentés au Service scientifique de la police pour analyse du taux d'alcoolémie; s'agissant du dépistage de la drogue, les chiffres sont les suivants:1995-1996: 1 266; 1996-1997: 1 304; 1997-1998: 1 863;

- 108 000 affaires ont été officiellement diligentées pendant l'année écoulée (pour des cas d'alcool et de drogue au volant) aboutissant à:

    - 96 000 condamnations (pour des affaires d'alcool et de drogue au volant) et

    - 6 400 peines d'emprisonnement (pour des affaires d'alcool et de drogue au volant).

17.8. Aspects politiques et considérations relatives à la politique en matière de drogues

Le public et les milieux politiques sont préoccupés par les accidents de la route que la consommation illicite de drogue peut entraîner. Toutefois, on ne parle guère et on n'admet guère l'existence du problème que les drogues légales peuvent également représenter.

Le taux légal d'alcoolémie au volant est à l'étude au Royaume-Uni et des comparaisons sont établies entre le caractère quantitativement absolu et analytique de la loi sur l'alcool au volant et le caractère davantage qualitatif et comportemental de la loi sur la drogue au volant. On estime également que s'il est possible de procéder à un dépistage de l'alcool en bord de route il devrait être possible également de le faire pour d'autres drogues.

L'opinion publique concernant les drogues licites et illicites dépend en grande partie des drogues en cause. La société est favorable à des peines lourdes pour les substances telles que l'héroïne et la cocaïne, tandis qu'une attitude plus libérale prévaut en ce qui concerne le cannabis. Les sondages montrent qu'une petite majorité est favorable à la dépénalisation de la détention de cannabis. Les différences d'opinion entre les grands partis (conservateur et travailliste) en matière de drogue sont minimes. Un autre parti, les démocrates libéraux, se sont efforcés plus activement de faire instituer une commission royale sur la consommation de drogue.

17.9. Tables rondes

Une étude d'une durée de trois ans est en cours en Grande-Bretagne au sujet de l'incidence de la drogue sur les accidents mortels de la route. Un rapport intérimaire sur les données obtenues pendant les 12 premiers mois a été publié en janvier 1998. La première moitié de l'étude (18 mois) devait être achevée peu après la table ronde qui s'est tenue le 11 juin 1998 à Londres.

Une étude pilote de faisabilité faisant appel à des expérimentations en bord de route effectuées par la police a été lancée au printemps 1998 pour évaluer la practicabilité et l'acceptation par les conducteurs de deux méthodes de mesure de la drogue dans leur organisme. Les dispositifs de dépistage de la drogue consistent: i. à prélever un spécimen de sueur du front d'un conducteur et ii. à prélever un spécimen de salive.

Etant donné l'intérêt inhabituellement progressiste montré en Grande-Bretagne pour les études de dépistage de la drogue, la table ronde a essentiellement traité de certaines des conclusions préliminaires que les participants ont pu tirer de leurs travaux, particulièrement en ce qui concerne les dispositifs de dépistage sur place.

18. Bibliographie complémentaire

- De Gier, J.J. (1993). Driving licences and known use of licit or illicit drugs. Maastricht: Institute for Human Psychopharmacology, University of Limburg.

- De Gier, J.J. (1995). Drugs other than alcohol and driving in the European Union. Report IHP 95-54, Maastricht: Institute for Human Psychopharmacology, University of Limburg.

- De Gier, J.J. (1998). Road traffic and illicit drugs. Strasbourg: Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

- Kreuzer, Arthur (1998). Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. München

- Krüger, H.-P., Schulz, E., Magerl, H., Hein, P.M., Hilsenbeck, T., Vollrath, M. (1996). Medikamenten- und Drogennachweis bei verkehrsunauffälligen Fahrern. Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen, Heft M60.

- Lagier, G. (1996). Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments (Livre Blanc). Rapport au Premier ministre. Paris: La documentation française**.**

- Marquet, P., Delpla, P-A., Kergeulen, S., Bremond, J., Facy, F., Garnier, M., Guery, B., Lhermitte, M., Mathé, D., Pelissier, A.-L., Renaudeau, C., Vest, P., & Seguela, J.-P. (1998). Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: A collaborative study. Journal of Forensic Sciences, 806-811.

- Meulemans, A., Hooft, P., van Camp, L., de Vrieze, N., Buylaert, W., Verstraete, A., & Vansnick, M. (N^{o} publication date; ca. 1997-1998). Belgian Toxicology and Trauma Study. Brussels: Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine, Belgian Institute of Traffic Safety, and the Toxicological Society of Belgium and Luxembourg.

- Möller, M.R. (1994). Drogen- und Medikamentennnachweis bei verkehrsauffälligen Kraftfahrern. Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen, Heft M29.

La relation entre la consommation de drogue, la déficience de conduite et les accidents de la circulation routière
Résultats d'une recherche réalisée pour l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

par le professeur James Crowley,Transport Research Institute,
University College Dublin, Irlande
et le Dr Richael Courtney,
Health Research Board, Dublin, Irlande

Professeur James Crowley

Notre exposé porte sur une étude récemment réalisée pour le compte de l'OEDT, organisme qui a son siège à Lisbonne. Cette étude a été, il y a quelque temps, menée par le Health Research Board de Dublin, travaillant sous contrat pour l'OEDT; le Health Research Board a constitué une petite équipe pour réaliser l'étude. On nous a demandé de passer en revue les contributions, c'est-à-dire d'essayer de parcourir ce que tous les autres ont écrit; et l'on nous a demandé de le faire d'une manière relativement neutre, détachée et objective. L'étude a été réalisée dans la seconde moitié de 1998, et elle a débordé sur le début de 1999. Elle ne prétend pas à la nouveauté; et je tiens à dire, d'entrée de jeu, à quel point nous ont été utiles les travaux du professeur Krüger et du D^{r} de Gier, pour ne citer qu'eux. Notre travail se fonde entièrement sur les ouvrages existants, lesquels sont en grande partie énumérés dans une bibliographie détaillée contenue dans un rapport que publiera l'OEDT. Cette bibliographie détaillée énumère toutes les sources que nous avons consultées; et le tour d'horizon des ouvrages contient un commentaire sur certains des documents les plus importants. Nous observons une position de neutralité en ce qui concerne les recommandations sur la politique à suivre, et nous nous sommes attachés principalement à exposer les faits, tels qu'ils nous sont livrés par les ouvrages spécialisés. Nous voudrions aujourd'hui faire quelques observations, qui, je l'espère, vous seront utiles pour la tâche très importante qui vous attend.

Dans tous les Etats membres de l'Union européenne, mais aussi au-delà des frontières de l'Union, on affiche une préoccupation croissance en ce qui concerne le lien entre l'usage de drogue/la consommation de médicaments dans le cadre d'une médication licite, l'abus de drogue au sens de substance illicite, et le rôle de ces paramètres dans les accidents de la route. Nous sommes tous des conducteurs; et qui, parmi nous, ne s'est jamais demandé: «Quel est ce véhicule qui m'arrive dessus? Le conducteur a-t-il trop bu, ou est-ce quelqu'un dont l'attitude serait non répertoriée et dont les facultés seraient altérées parce qu'il est sous l'influence de telle ou telle médication?» Cette préoccupation, on la retrouve partout dans le monde. En même temps, on voit s'ouvrir un débat sur la détection de l'usage de drogue, débat qui pose la question suivante: «Par quel procédé va-t-on contrôler les conducteurs?» Le problème, c'est que, bien entendu, il existe déjà des procédés très au point pour détecter l'abus d'alcool chez les conducteurs. Ce domaine est déjà connu depuis un certain temps, et il est beaucoup plus circonscrit. Mais s'agissant des drogues, on est en présence d'effets qui se combinent, qu'on ne comprend pas entièrement; de plus, il y a une interaction entre drogue et l'alcool. Du point de vue juridique, l'élaboration d'une réglementation se heurte à un double défi: la mesurabilité et la précision de l'interprétation. Deux aspects, en particulier, retiennent l'attention: il y a tout d'abord les effets secondaires des drogues licites, celles que tout le monde utilise pour se soigner; et, en second lieu, il y a l'effet des drogues illicites qu'on utilise, si vous me permettez l'expression, à des fins récréatives. On voit donc émerger trois phases d'analyse: la première consiste à identifier les divers effets de la consommation de différents types de drogue, avec différentes doses. La deuxième consiste à relier ces effets à la capacité de conduire

une voiture, c'est-à-dire la faculté d'exécuter, lorsqu'on est au volant, un certain nombre d'opérations compliquées qui nous paraissent, à tous, aller de soi. La troisième phase concerne le lien entre, d'une part, les savoir-faire inhérents à la conduite automobile et une éventuelle altération de ces savoir-faire consécutive à la consommation de drogue, et, d'autre part, la fréquence accrue des accidents de la route. Il existe de nombreux ouvrages sur la question; et malgré cela le défi subsiste. Les éléments probants concernant les effets de différentes drogues sur la capacité de conduire sont, pour l'heure, essentiellement d'ordre expérimental et obtenus à partir d'essais en laboratoire; et il n'est pas simple de les étendre à l'ensemble des conducteurs. Pour des raisons évidentes, il est très difficile d'intervenir dans le processus de la conduite d'une voiture, tel qu'il est vécu par les conducteurs. Cette observation vaut également pour les simulateurs, bien qu'on puisse trouver des simulateurs de qualité; beaucoup de gens, d'ailleurs, pensent que ce secteur a de l'avenir et qu'il peut rendre service pour mesurer l'impact de différents niveaux d'usage de drogue sur la capacité de conduire. Pourtant, même avec des simulateurs, des problèmes éthiques se posent dès lors qu'on administre à des personnes, pour étudier leur comportement, certaines quantités de drogue. Des problèmes surgissent lorsqu'on veut extrapoler à partir des études sur le terrain disponibles. D'une manière générale, les méthodes de test utilisées dans le contexte de la conduite automobile en sont encore au stade des balbutiements. Elles dérivent pour la plupart des procédés mis au point pour l'alcootest. Il est nécessaire d'étudier et de résoudre les problèmes concernant la méthodologie, le coût, l'éthique et la légalité des diverses méthodes de contrôle.

Dans le domaine de l'épidémiologie, la relation entre l'alcool et la conduite automobile fait l'objet, depuis de longues années, de nombreuses études; elle est aujourd'hui cristallisée dans un domaine bien défini. Des résultats clairs et nets ont été obtenus; les gens sont aujourd'hui en mesure de citer avec précision des chiffres, des taux et autres statistiques. Ce n'est pas encore le cas pour d'autres drogues. En ce qui concerne les médicaments, une certaine ambiguïté demeure: tel accident de la route est-il la conséquence directe de la médication, ou est-il imputable aux facteurs qui sont à l'origine de la médication? L'exemple classique est celui d'une personne atteinte du rhume des foins, qui, pour essayer de s'en débarrasser, prend des antihistaminiques ou d'autres médicaments. Par exemple, un éternuement, phénomène qui interrompt inévitablement la concentration du conducteur, est-il une cause du problème fondamental, ou bien celui-ci est-il directement lié au traitement? Il est souvent difficile de comparer des données livrées par des expériences et d'autres enquêtes effectuées avec des groupes de référence. En tout état de cause, certains facteurs peuvent survenir dans le restant de la population des conducteurs; il est donc nécessaire, comme l'a souligné à juste titre le D^{r} de Gier, de mettre en évidence les effets secondaires de ces médicaments sur les conducteurs qui ont eu un accident, plutôt que de le faire sur l'ensemble de la population des conducteurs. Une donnée très significative est la combinaison avec l'alcool; les traces de drogue trouvées sur des victimes d'accidents de la route sont souvent mélangées avec de l'alcool ou d'autres drogues; et il est très difficile d'isoler l'effet spécifique, l'effet supplémentaire d'une drogue par rapport aux effets de l'alcool.

Il ressort des ouvrages spécialisés que les volontaires qui participent aux tests de performance sont généralement jeunes, en bonne santé et ne sont pas des toxicomanes. Par conséquent, ils ne sont pas vraiment représentatifs de l'ensemble des conducteurs. Tout porte à croire que la performance de ces volontaires, après administration de drogue, sera différente de celle des conducteurs qui, dans la vie réelle, sont des patients ou des toxicomanes. Le moment auquel on pratique le test est un facteur essentiel; les contrôles interviennent souvent peu après, ou immédiatement après, l'administration de drogue; ainsi, seuls les effets relativement immédiats sont

mis en évidence; et les effets secondaires plus subtils peuvent «passer au travers». On doit attacher une grande attention à la conception des tests; au niveau européen, il y aurait beaucoup à faire à ce sujet; il faudrait essayer de définir un agenda et un certain nombre de règles de base pour procéder à une série d'expériences qu'on pourrait peut-être mener simultanément dans le cadre d'un programme de recherche européen. On a également besoin de théories et de paradigmes soigneusement élaborés, qui sous-tendraient des modèles fondamentaux – qui font encore cruellement défaut – concernant le comportement des automobilistes. En l'absence de telles théories, il est très difficile de créer un cadre dans lequel puissent venir s'insérer les résultats des diverses expériences. Enfin, avant de donner la parole au D^{r} Courtney, je voudrais faire quelques remarques générales sur les tests de simulation. Sauf erreur, nous n'avons pas encore rencontré de simulateur qui soit capable de représenter simultanément chacun des aspects de l'acte de conduire; ce qu'on nous propose d'ordinaire n'est qu'une simplification. Le caractère artificiel de la situation lorsqu'on utilise un simulateur affecte incontestablement la motivation; on est en présence d'une situation qui n'est pas réelle, qui ne se fonde pas sur les conditions véritables qu'on rencontre lorsqu'on conduit la nuit, lorsqu'il pleut ou lorsqu'on est fatigué – des éléments qui peuvent avoir une incidence sur les résultats. Ne sont associés à la conduite que les processeurs relativement automatiques: position du véhicule dans le couloir de circulation, négociation de la distance; tout cela est facile à étudier; les difficultés surviennent lorsqu'on en vient aux aspects comportementaux plus subtils, ainsi qu'à certaines questions éthiques, et aussi lorsqu'on teste la réaction d'une personne à des accidents particulièrement meurtriers dans le contexte de divers scénarios. Il y a aussi des considérations d'ordre éthique qui empêchent l'administration de fortes doses de drogue à des individus; et par conséquent les résultats peuvent ne pas représenter correctement les effets qu'on observe dans des situations réelles, comportant une consommation de drogue importante. Je cède maintenant la place au D^{r} Courtney, qui fera un rapide survol des effets les plus connus produits par les différentes substances que nous avons rencontrées.

D^{r} Richael Courtney

Je voudrais enchaîner sur ce qu'a dit le professeur Crowley en faisant un bref exposé sur les données dont on dispose en ce qui concerne l'alcool. Comme on l'a déjà dit, la corrélation entre l'altération des facultés et les niveaux d'alcool absorbés est bien établie; je n'ai donc pas besoin de revenir sur ce point. Tant les simulateurs que les prélèvements effectués au bord de la route montrent, d'une manière générale, que l'alcool a des effets délétères sur plusieurs paramètres caractéristiques de la conduite automobile, notamment le temps de réaction pour freiner, la fréquence des collisions, la capacité de maintenir le véhicule dans la voie de circulation, sans oublier des aptitudes cognitives telles que l'évaluation du risque, la prise de décision et la «programmation». Les effets de l'alcool au volant sont bien établis. C'est pourquoi, comme on l'a dit, on a pu promulguer une législation s'appuyant sur une classification valable, même si ce n'est pas encore le cas pour d'autres drogues. Répétons-le, les effets altérants de l'alcool sont généralement potentialisés par la présence d'autres drogues. C'est ce qui ressort des ouvrages spécialisés consacrés à la méthadone. Les expériences donnent à penser que chez les individus naïfs l'administration d'une forte dose de méthadone induit une réduction de la fonction visuelle et du traitement cérébral de l'information visuelle, qui a une incidence sur le temps de réaction. Toutefois, des altérations psychomotrices significatives sont rarement apparues chez des sujets non naïfs. Les études de terrain ont montré que la méthadone n'a pas de responsabilité importante. D'une manière générale, les effets des opiacés sont peu marqués par rapport à ceux d'autres drogues telles que les benzodiazépines. La méthadone, comme beaucoup d'autres drogues, peut potentialiser les effets délétères de l'alcool. Les études de terrain expérimentales donnent à penser que la méthadone

n'entraîne pas une altération suffisante des capacités des usagers pour qu'on puisse déclarer ceux-ci hors d'état de conduire. Et maintenant, venons-en au cannabis. Dans l'ensemble, les études expérimentales ont montré que le cannabis n'a pas d'incidence significative sur les mécanismes perceptifs de base. En revanche, il affecte des aspects plus subtils de la performance perceptive, tels que l'attention et la mémoire des événements récents, et ce généralement avec des doses relativement importantes. Pour des raisons évidentes, la plupart des études expérimentales ont été faites avec de faibles doses, qui ne reflétaient en rien les quantités susceptibles d'être ingérées par certains consommateurs de marijuana. Les études de terrain ont également révélé que le cannabis est l'une des drogues dont la présence est la plus fréquente dans les échantillons de liquides organiques prélevés sur les conducteurs. Les choses se compliquent également du fait de la présence d'alcool. Lorsqu'il est mélangé à de l'alcool, le cannabis représente un facteur risque beaucoup plus important que lorsqu'il est consommé seul. Les résultats des expériences qui ont été menées n'étaient guère constants, même lorsqu'on répétait l'expérience avec les mêmes doses et la même finalité. Les effets sédatifs de ces substances peuvent avoir un certain effet sur les capacités psychomotrices. Quoi qu'il en soit, les études de terrain ont révélé que les benzodiazépines sont les drogues licites les plus fréquemment détectées, toutes populations de conducteurs confondues. Certains auteurs sont parvenus à la conclusion intéressante selon laquelle la consommation de benzodiazépines multiplie environ par deux le risque d'avoir un accident de la route, risque qui est plus élevé pour les conducteurs de plus de 65 ans. La performance psychomotrice est affectée encore davantage par la combinaison alcool/benzodiazépines. Une autre conclusion intéressante qu'on trouve dans les ouvrages spécialisés est que les tranquillisants à base de benzodiazépines pourraient altérer les capacités des conducteurs au cours des premières semaines de traitement. Mais les effets disparaissent à mesure que le traitement se prolonge. Voici, en quelques mots, un résumé de ce qu'on peut dire en ce qui concerne les antihistaminiques. Les expériences décrites dans les ouvrages spécialisés autorisent à penser que les antihistaminiques qui agissent de façon périphérique sont moins susceptibles d'entraîner des effets sédatifs que ceux qui agissent de façon centrale. D'une manière générale, il y a peu de chances pour que l'utilisation d'antihistaminiques «périphériques» altère les capacités des conducteurs. Les antihistaminiques mettent du temps pour franchir la barrière sang/cerveau; et, par conséquent, ils produisent une tolérance qui est dépourvue d'effets centraux et ils sont peu susceptibles de nuire à l'exécution des gestes techniques de la conduite automobile. Mais les substances de la première génération, qui agissent de façon centrale, sont plus dommageables pour les capacités des conducteurs que les antihistaminiques non sédatifs de la deuxième génération. J'ajoute, soit dit en passant, en tant que médecin, que mes confrères recommanderaient sans doute à leurs patients d'essayer les antihistaminiques de la deuxième génération. En bonne pratique médicale, les antihistaminiques de la première génération doivent être considérés comme dépassés. Il est rare que les études de terrain attribuent aux antihistaminiques une responsabilité dans les accidents de la route, car généralement il y a aussi la présence du facteur alcool. Voici un résumé de ce qu'on peut dire en ce qui concerne les médications à base d'antidépresseurs. Il ressort des expériences qui ont été faites que les antidépresseurs peuvent avoir des effets à la fois positifs et négatifs sur la performance psychomotrice. D'une part, ils sont susceptibles d'altérer les capacités psychomotrices des sujets sains lorsque la consommation dure une semaine ou davantage; d'autre part, ils peuvent véritablement améliorer la performance du patient en faisant disparaître chez ce dernier les symptômes dépressifs. On connaît encore très mal les effets spécifiques de la dépression sur la capacité de conduire un véhicule à moteur. Les recherches dans ce domaine restent très insuffisantes: peut-être les ateliers pourraient-ils s'emparer de cette question. Aucune présentation claire concernant les niveaux d'antidépresseurs présents chez les conducteurs responsables d'un accident n'a été comparée aux

chiffres obtenus pour l'ensemble des conducteurs. Toutefois, là encore, l'alcool entre en jeu en tant qu'additif; pourtant, les ouvrages spécialisés nous disent que lorsque l'alcool est combiné aux antidépresseurs, et notamment aux antidépresseurs sédatifs, les effets les plus négatifs s'observent généralement au cours de la phase initiale du traitement et ils diminuent à mesure que le traitement se prolonge. S'agissant des amphétamines, les expériences font apparaître qu'à de faibles doses elles affectent peu les fonctions cognitives; mais à des doses plus fortes la prise de risque augmente, et les réactions deviennent inappropriées. De faibles doses d'amphétamine peuvent même améliorer la psychomotricité. Les données recueillies lors des expériences n'ont pas permis de désigner expressément la consommation d'amphétamine comme étant responsable d'accidents de la route. Cela est dû en grande partie à un manque d'études réalisées sous contrôle. Seules quelques études traitent directement de l'interaction entre l'alcool et les amphétamines; mais les résultats sont quelque peu contradictoires. Il est probable, toutefois, que de fortes doses d'amphétamine augmentent les effets délétères de l'alcool. D'une manière générale, la consommation d'amphétamine peut entraîner des effets stimulants subjectivement positifs. Ces mêmes effets pourraient aboutir, en particulier avec des doses relativement élevées, à des changements de la personnalité se traduisant par une altération de la capacité à conduire. En ce qui concerne la relation entre la consommation de drogue et les accidents de la route dans le contexte de l'ecstasy et d'autres drogues de synthèse, il existe une littérature – très peu abondante – sur la MDMA et d'autres drogues de synthèse; la recherche est encore loin de pouvoir nous livrer les clés de cette question. Les comprimés d'ecstasy incluent souvent de nombreux constituants qui sont potentiellement toxiques, et dont les effets combinés sont très mal connus. On dispose de très peu de données concernant les effets du GHB, de la kétamine, de la PCP, du phentanol et de la consommation abusive de «coupe-faim» sur les capacités des conducteurs. Il est intéressant de noter que ces substances n'ont pas été fréquemment mises en évidence lors des études de terrain. Compte tenu de leurs effets secondaires notoires – notamment, pour la PCP et le phentanol, au niveau de la perception – on peut penser que ces drogues sont dangereuses pour la conduite automobile.

Professeur James Crowley

Nous avons délibérément schématisé les points de vue sur ces différentes drogues pour montrer que, contrairement à ce qui se passe avec l'alcool, il existe une famille, ou un menu, de différentes drogues. Les effets sont moins définis; on observe des non-linéarités; des aspects positifs et des aspects négatifs, et aussi des inconnues. Les effets des drogues se combinent – combinaison entre une drogue quelconque et l'alcool, lequel occupe encore une position dominante. Voici, pour conclure, une brève indication de la situation juridique existante dans les pays européens. Dans tous les Etats membres, le Code de la route contient des dispositions légales qui interdisent de prendre le volant quand on est sous l'influence non seulement de l'alcool, mais aussi de substances psychotropes. Mais, très souvent, il n'y a pas de critère spécifique concernant le type de drogue, la fréquence et l'importance de la consommation ou le type d'effet. Le législateur limite la quantité d'alcool, mais à ce jour, il n'a rien fait de tel pour les drogues, étant donné que les éléments de preuve sont insuffisants pour qu'on puisse définir des niveaux limites; depuis 1994 les notices pharmaceutiques européennes doivent avertir l'acheteur des effets délétères potentiels de la drogue ou du médicament en question; mais il faudra encore attendre un certain temps avant que cette disposition légale ne couvre toutes les médications. Une approche possible de la question consisterait à insister beaucoup plus sur la formation de la police, afin que celle-ci développe une véritable expertise dans la détection des changements comportementaux chez les suspects. Cette politique, qui est à l'honneur aux Etats-Unis, s'est avérée peu coûteuse et relativement efficace. Les tests types utilisant les liquides organiques consistent généralement en un dépistage immuno-acide, suivi

d'une gastrochromographie maspétrométrique effectuée sur un prélèvement d'urine. Pour le moment il n'existe pas de «trousse» de détection de drogue qu'on pourrait utiliser facilement pour les contrôles routiers; mais plusieurs solutions prometteuses commencent à voir le jour; l'une d'entre elles est un dispositif essuie-drogue, qui a l'avantage d'être non invasif et qui fonctionne à partir de prélèvements de sueur ou de salive, en particulier lorsqu'on recherche des traces de cannabis et d'autres substances. On peut également tester la salive en utilisant une sorte de sucette, qui peut détecter le cannabis ou les amphétamines ou toute autre substance figurant sur la liste. Comme quelqu'un l'a dit tout à l'heure, il existe des méthodes à base de prélèvements capillaires.

C'est l'alcool qui demeure le principal problème: telle est mon impression générale, le sentiment que je retiens en définitive, alors que nous touchons au terme de notre tour d'horizon de la littérature spécialisée pour le compte de l'OEDT. L'impact des drogues se situe souvent dans le contexte d'un usage combiné avec l'alcool; il s'ensuit, d'une certaine manière, que lorsqu'un contrôle routier met en évidence un cas d'alcool au volant on peut fort bien, en même temps, avoir affaire à l'un des nombreux conducteurs qui pratiquent l'abus de drogue. Les cas d'abus de drogue non associés à l'alcool semblent poser moins de problèmes. Incontestablement, il est nécessaire de développer la recherche expérimentale et les études épidémiologiques; on doit s'employer sans relâche à élucider les impacts précis des drogues qu'on a «dans le collimateur», celles qu'on considère aujourd'hui comme étant les plus significatives, en particulier lorsqu'on insiste sur l'aspect juridique de la question. Les impacts de la consommation de drogue ne sont pas tous négatifs. S'agissant des antidépresseurs, par exemple, telle personne effectivement sera un meilleur usager de la route avec cette médication qu'en son absence. Il est fort possible que les mises en garde faisant partie du conditionnement des produits pharmaceutiques soient une manière d'entrer en contact avec les usagers de drogues licites ou d'aborder le problème de la consommation de drogues licites; ces usagers seraient ainsi contactés par l'intermédiaire du corps médical. Il y a là une filière de communication évidente en ce qui concerne cet aspect spécifique du problème. On a pu dire que beaucoup de gens, parmi les usagers de drogues illicites, et notamment parmi ceux de ces usagers qui ne consomment pas d'alcool simultanément – que beaucoup de ces personnes ne conduisent qu'occasionnellement. Par conséquent, peut-être y a-t-il là également un aspect qui mérite d'être étudié. Un gros travail est encore nécessaire pour mettre au point des tests praticables lors des contrôles routiers – des tests qui soient économiques afin que les gouvernements soient tous disposés à les financer; qui ne soient pas trop invasifs, car il faut tenir compte de l'ensemble de la population; des tests, enfin, qui, en particulier du point de vue de la police, soient juridiquement exempts de tout reproche.

Le cadre juridique pour des procédures efficaces de dépistage au bord de la route

par Melanie Mettke, Université de Munich, Allemagne

1. Introduction

La loi ne peut être appliquée que si la police détecte les délinquants. Aussi l'un des principaux objectifs de l'étude du Conseil de l'Europe intitulée «Drogues illicites et circulation routière» était-il de déterminer l'éventail des pouvoirs que chacune des nations participantes donne à ses policiers pour détecter les conducteurs se trouvant sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue.

Cette étude montre que, dans la plupart des pays d'Europe, la législation applicable à la conduite sous l'empire de stupéfiants se réfère à l'altération de la capacité de conduire, c'est-à-dire que le conducteur n'est sanctionné que si l'on peut prouver que ses facultés sont effectivement altérées («approche fondée sur la déficience»). Cette preuve étant difficile à apporter, beaucoup de délits ne sont pas sanctionnés.

En réaction à cette situation peu satisfaisante, certains pays envisagent de renforcer leur législation en ce domaine en introduisant la «tolérance zéro», qui se borne à imposer certaines valeurs limites («approche analytique»). L'Allemagne l'a déjà fait, d'autres pays, comme la Belgique, sont sur le point de le faire. Toutefois, la tolérance zéro ne réduira le danger que si la police est en mesure de détecter les conducteurs se trouvant sous l'influence de la drogue. A cette fin, les policiers doivent être formés à la reconnaissance des comportements induits par les drogues, ainsi qu'à l'utilisation des moyens de dépistage utilisés lors des contrôles routiers.

Cela étant, il faut bien voir que ces moyens de dépistage ne rempliront leur office que si leur utilisation par la police ne se heurte pas à des restrictions juridiques majeures. Et cela peut poser problème dans beaucoup de pays, comme on le verra plus loin.

2. Pertinence des dispositifs de dépistage dans l'approche fondée sur la «déficience» (altération des capacités) et dans l'approche analytique

(Illustration 1)

Pour commencer, il serait bon de clarifier le rôle des dispositifs de dépistage selon que l'approche adoptée est celle de la «déficience» ou celle de la tolérance zéro (approche analytique). Comme on l'a dit, dans la première approche, le tribunal n'imposera de sanctions que s'il a l'intime conviction que, ses capacités étant altérées, le conducteur n'était pas en état de conduire. Les tribunaux sont généralement très stricts en matière de preuves de la déficience. Outre l'analyse chimique des fluides corporels et un examen médical, ils demandent généralement que le conducteur ait commis une faute de conduite, ou, tout du moins, ait manifesté quelque trouble du comportement, par exemple, en se montrant incapable de marcher droit, de parler distinctement, etc. Le plus souvent, ce genre de preuve ne peut être fournie que par le policier qui a contrôlé et observé le conducteur sur le bord de la route.

On peut en tirer la conclusion que, dans l'approche fondée sur la déficience, la détection par la police n'est pas le principal problème. Les tribunaux ne condamneront que s'il y a eu un trouble évident du comportement, ce que la police n'a aucun mal à détecter. En d'autres termes: le délit ne peut être que manifeste. Au contraire, le grand problème, dans cette approche, est celui des restrictions judiciaires et législatives qui font que ces règlements ne s'appliquent qu'à un petit nombre des conducteurs sous l'emprise de la drogue, c'est-à-dire, ceux qui présentent un comportement anormal.

Evidemment, en pratique, il est fréquent que la police ne détecte pas l'emprise de la drogue, malgré un comportement manifestement anormal, essentiellement parce qu'elle ne s'intéresse qu'à l'alcool et néglige les autres interprétations possibles. On aurait donc tort de conclure que les dispositifs de dépistage (ainsi que la formation à la reconnaissance des drogués) ne sont pas nécessaires dans ce genre de situation. Au contraire, ils peuvent aider les policiers à confirmer leurs soupçons et à penser à la drogue parmi les explications possibles du comportement d'un conducteur. Mais ils ne sont pas fondamentaux pour éveiller les soupçons.

C'est pourquoi la mise en œuvre du dépistage par les contrôles routiers dans l'approche fondée sur la déficience ne peut entraîner un accroissement considérable du nombre des sanctions: de toute façon, les tribunaux ne retiendront que le petit nombre de cas où le conducteur avait un comportement manifestement anormal.

La situation semble complètement différente dans l'approche analytique, celle de la tolérance zéro.

Dans ce cas, les critères législatifs et judiciaires de la condamnation sont moins rigoureux. Tout conducteur présentant la moindre trace de drogue tombe sous le coup de la loi, quel que soit son comportement. Mais comment la police est-elle censée détecter un conducteur sous l'influence de la drogue s'il ne commet pas d'erreur de conduite et si son comportement reste normal? C'est là que les dispositifs de dépistage prennent toute leur importance.

En conséquence, tout pays envisageant d'introduire la limite zéro doit prévoir d'améliorer la situation de la détection sur deux plans:

1. sur le plan pratique, la police doit recevoir une formation et il faut s'efforcer de mettre au point des dispositifs fiables de dépistage routier;

2. sur le plan juridique, la police doit disposer de pouvoirs suffisants pour mettre en œuvre efficacement le dépistage routier.

Il va de soi qu'à l'heure actuelle, aucun pays n'a de législation spécifique applicable au dépistage de la drogue au bord de la route, car on ne dispose pas de moyens utilisables couramment. Mais un jour, on en aura. Il est donc intéressant de se demander à quoi pourraient ressembler les règlements applicables au dépistage routier si l'on veut garantir une détection efficace par la police, et quelles formes ils pourraient prendre dans les différents pays.

On peut avoir une idée de ce que seront les futurs règlements concernant le dépistage de la drogue à partir des règlements nationaux concernant le dépistage de l'alcool par les analyseurs d'haleine, qui existe dans presque tous les pays.

3. Réglementation du dépistage au bord de la route dans le cadre du conflit entre l'efficacité de la police et les droits constitutionnels

(Illustration 2)

La principale difficulté, dans la mise au point d'un système équilibré de réglementation du dépistage routier, est le conflit entre l'efficacité du travail de la police et les droits constitutionnels des conducteurs, qui limitent considérablement la contrainte physique que peut exercer la police.

Sous l'angle de l'efficacité dans l'application de la loi, aucune restriction légale majeure ne devrait empêcher la police d'utiliser ces tests, c'est-à-dire qu'elle devrait être en mesure de les utiliser chaque fois que cela lui semble approprié, et que les conducteurs ne devraient pas avoir la possibilité de refuser.

Sous l'angle des droits constitutionnels des conducteurs, des dispositions juridiques devraient garantir que, pour l'essentiel, seuls ceux qui enfreignent la loi subissent des contrôles de police, et que ceux qui se conforment à la loi soient, le plus possible, épargnés.

En conséquence, les deux réglementations extrêmes sont les suivantes:

- l'une admet les contrôles de police et les tests *in situ* effectués au hasard, c'est-à-dire, sans condition restrictive telle que la suspicion. Cela signifie que la décision de tester tel ou tel conducteur est entièrement laissée à la discrétion du policier;

- l'autre n'admet le dépistage *in situ* que lorsque l'on est fondé à soupçonner que le conducteur se trouve sous l'influence de la drogue. Il doit donc présenter un comportement anormal.

Entre ces deux extrêmes, on trouve des mesures intermédiaires, par exemple:

- on autorise le contrôle au bord de la route de toute personne impliquée dans un accident, sans qu'elle donne particulièrement lieu à soupçon;

- on admet le dépistage au bord de la route avec un barrage routier en certaines occasions, par exemple, à la sortie des boîtes de nuit.

Chaque nation décide de sa réglementation en fonction de ses traditions juridiques et de son interprétation du conflit évoqué ci-dessus. Ainsi, l'étude du Conseil de l'Europe a fait apparaître de grandes différences en matière de pouvoirs de la police d'effectuer des contrôles d'alcoolémie au bord de la route.

4. Réglementation du contrôle d'alcoolémie au bord de la route

(Illustration 2)

Ci-dessous sont décrites les étapes de la procédure de contrôle d'alcoolémie et les règlements qui s'y appliquent selon les pays.

1. *Immobilisation du conducteur*

La première étape, pour les contrôles en cours de circulation, est d'immobiliser le conducteur. Selon nos informations, la plupart des pays autorisent la police à arrêter les conducteurs au hasard ou selon une procédure de routine, c'est-à-dire sans condition restrictive telle que le soupçon, uniquement pour vérifier l'état du conducteur, de son permis ou de sa voiture. Il va de soi que le pouvoir d'arrêter le conducteur n'inclut pas celui de le faire souffler dans un ballon. Il ne permet à la police que de jeter un premier coup d'œil sur lui, pour repérer un éventuel comportement suspect.

2. *Contrôle de l'haleine*

Les pouvoirs de la police d'administrer l'alcootest varient beaucoup selon les pays.

Alors que certains pays admettent l'alcootest au hasard, d'autres exigent que la police soupçonne d'abord le conducteur d'être sous l'influence de l'alcool. Certains pays optent pour une solution intermédiaire: le soupçon n'est pas toujours nécessaire; l'alcootest peut être pratiqué dans des situations ou des occasions particulières, par exemple, un accident (le test peut être administré à toutes les personnes impliquées dans l'accident et pas seulement à celles qui l'ont probablement provoqué).

3. *Conséquences en cas de refus*

L'alcootest ne peut être administré de force: le conducteur doit accepter de souffler. L'efficacité de la police dépend des conséquences du refus de souffler. L'absence ou la légèreté des conséquences risque d'entraîner des refus.

La façon la plus efficace d'éviter les refus est d'imposer la même sanction qui serait appliquée en cas de test positif. L'illustration 2 indique les pays qui suivent ce principe. Le règlement le plus strict est celui de l'Autriche, qui sanctionne le refus comme la présence d'un taux d'alcool de 1,6 – alors que la limite habituelle est de 0,5 et que 1,6 est la limite entraînant l'aggravation des peines.

Un autre moyen d'éviter que la police ne soit mise en échec par des refus est l'analyse de sang obligatoire en cas de refus – c'est le cas de la Suisse.

Il se pose un problème en République tchèque, où les sanctions imposées en cas de refus sont bien inférieures aux sanctions correspondant à la conduite en état d'ivresse prouvée. Cela entraîne des refus.

La situation de l'Allemagne est particulière. La police allemande n'est pas légalement autorisée à administrer l'alcootest, le consentement du conducteur est donc indispensable. Légalement, le conducteur qui refuse de coopérer ne subit aucune conséquence. Toutefois, jusqu'à présent, la police allemande se fie à la bonne volonté des conducteurs, qui, d'ailleurs, ignorent généralement qu'ils ne sont pas obligés de coopérer, et cela fonctionne très bien en pratique.

4. *Analyse de sang*

Pour ce qui est des dispositions permettant d'ordonner l'analyse de sang, la situation est la même dans tous les pays. Il est interdit d'effectuer des prises de sang au hasard. Il doit y avoir soupçon ou, au moins, comme au Royaume-Uni, implication dans un accident. Deux raisons à cela:

a. contrairement au dépistage routier (comme l'alcootest), dont l'objectif est préventif– il s'agit de protéger le public en empêchant immédiatement un conducteur sous l'influence d'une substance psychotrope de poursuivre son voyage –, les analyses de sang ne peuvent être utilisées qu'aux fins de poursuites judiciaires. Et, par définition, l'enquête aux fins de poursuites suppose qu'il y ait soupçon d'infraction;

b. tous les pays accordent une importance capitale à l'intégrité physique, dont le respect est un principe constitutionnel fondamental, et imposent donc des restrictions plus strictes aux méthodes de dépistage comportant une atteinte corporelle qu'à celles qui n'en comportent pas, comme l'alcootest.

5. *La prise de sang imposée par la force*

Contrairement à l'alcootest, qui dépend de la coopération du conducteur, la prise de sang peut, le cas échéant, être effectuée contre la volonté de l'intéressé.

Toutefois, la plupart des pays n'autorisent pas la contrainte physique, c'est-à-dire que la prise de sang dépend de la coopération du conducteur, qui peut refuser. Là encore, ils se fondent sur le principe constitutionnel qui reconnaît une valeur à l'intégrité physique de la personne et sur le respect de la dignité du délinquant, qui interdit de l'obliger à se prêter à une atteinte corporelle à des fins d'enquête.

Il va de soi que refuser n'est pas sans conséquence. Comme on l'a vu ci-dessus, la plupart des pays s'en tirent en imposant les mêmes sanctions en cas de refus qu'en cas d'ivresse prouvée. Au bout du compte, il ne fait aucune différence pour le conducteur qu'on puisse ou non lui imposer la prise de sang: il subira la même sanction.

5. Conclusions en ce qui concerne le dépistage de la drogue

En bref, on constate de grandes différences entre les pays quant aux conditions d'autorisation du dépistage de l'alcool au bord de la route (dépistage aléatoire contre dépistage seulement s'il y a soupçon).

Qu'est-ce que cela signifie pour le dépistage de la drogue?

On peut supposer que plus une nation impose de restrictions à l'alcootest, plus elle en imposera au dépistage de la drogue. En d'autres termes: un pays qui ne permet pas l'alcootest aléatoire ou sans soupçon préalable ne permettra certainement pas le dépistage de la drogue au hasard ou sans soupçon. Cela crée un problème.

Comme on l'a vu plus haut, la difficulté dans l'application de l'approche analytique, qui, par nature, n'exige pas de comportement anormal, est la détection des conducteurs se trouvant sous l'influence de la drogue. Les tests de dépistage sont indispensables pour éveiller des soupçons conduisant à d'autres méthodes, notamment l'analyse de sang. Mais si le dépistage de la drogue n'est autorisé que s'il y a soupçon, il ne peut en rien contribuer à éveiller les soupçons.

La conclusion est que le dépistage de la drogue ne peut améliorer la situation de la détection que si le soupçon n'est pas obligatoire. Toutefois, dans beaucoup de pays, la base juridique d'un aussi vaste pouvoir de dépistage ne semble pas exister.

D'autre part, est-il certain que les pays qui admettent l'alcootest au hasard autoriseront de la même manière le dépistage de la drogue?

En effet, les méthodes de dépistage de l'alcool et de la drogue ne sont pas entièrement comparables sur le plan des droits constitutionnels des conducteurs, pour les raisons suivantes: l'alcootest est largement admis par le public et n'impose pas un gros effort physique ou moral au conducteur. Il en va différemment du dépistage de la drogue. Certaines des méthodes actuelles de dépistage de la drogue sont beaucoup plus lourdes pour le conducteur, surtout les analyses de sueur et d'urine qui exigent une procédure très compliquée et très désagréable, pouvant susciter un sentiment de honte. Il faut également prendre en compte le fait qu'en ordonnant un dépistage de drogue, la police laisse penser que le conducteur a été impliqué dans des activités touchant à la drogue, donc illégales. Cela aussi rend cette procédure plus gênante que le dépistage de l'alcool, dont la consommation est admise par la société.

On voit donc que, pour des raisons de proportionnalité, il est beaucoup plus difficile de justifier le dépistage aléatoire de la drogue que de l'alcool.

Tout cela doit être pris en compte dans le débat sur l'application de l'approche analytique aux conducteurs sous l'influence de la drogue.

Illustration 1

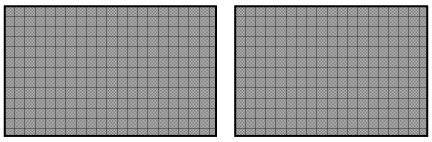
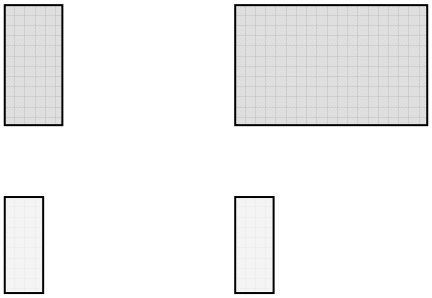
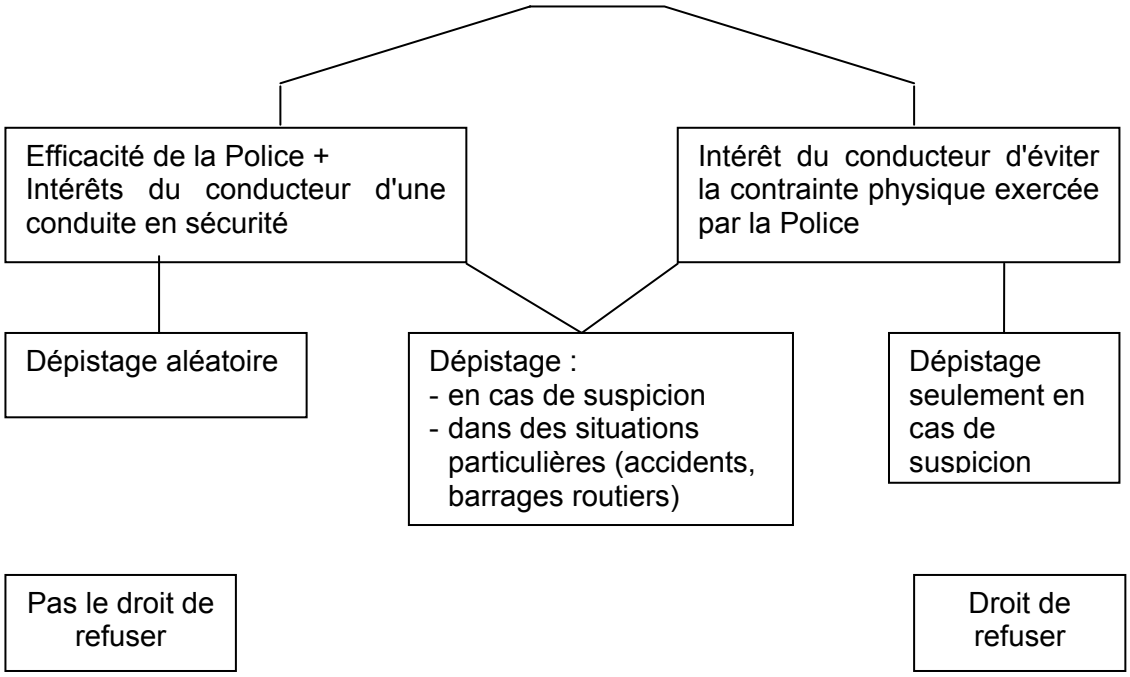
<table>
<tr><td></td><td colspan="2">Approche fondée sur la notion de déficience</td><td>Approche analytique (tolérance zéro)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Tous les conducteurs sous l'influence de la drogue
  </td></tr>
<tr><td>Obligations législatives et judiciaires</td><td>• Analyse chimique
• Examen médical
• Troubles du comportement</td><td rowspan="2">  </td><td>• Analyse chimique seulement</td></tr>
<tr><td>Détection par la Police</td><td>Facile à détecter, les tests de dépistage ne servent que de confirmation</td><td>Difficile à détecter, les tests de dépistage sont indispensables</td></tr>
</table>

Illustration 2



Etapes dans la procédure de dépistage au bord de la route			
Immobilisation du conducteur	Sur une base aléatoire (de routine) *la plupart des pays*		
Contrôle de l'haleine	Sur une base aléatoire (de routine) *Autriche, Pays-Bas (Allemagne)*	En cas de suspicion + implication dans un accident *Royaume-Uni, Italie*	Seulement en cas de suspicion *Suisse, République tchèque*
Conséquences en cas de refus du contrôle de l'haleine	Lourdes sanctions / comme si sous influence d'alcool *Royaume-Uni, Italie, Autriche, Pays-Bas, Espagne*	Analyse de sang obligatoire *Suisse, Pologne*	Faibles sanctions / pas de sanctions *République tchèque, Allemagne*
Analyse de sang	Sur une base aléatoire *aucun pays*	Si suspicion + implication dans un accident *Royaume-Uni, France*	Si suspicion seulement *Tous les autres*
Prise de sang imposée par la force / conséquences en cas de refus	Contrainte physique admise *Allemagne, Suède, Suisse (exceptionnellement)* Lourdes sanctions / comme si sous influence d'alcool *Royaume-Uni, Italie, Autriche, Pays-Bas, Espagne*		Faibles sanctions *République tchèque*

Une information complète n'ayant pas été fournie par tous les pays, cette illustration reflète seulement un choix de pays pour chaque catégorie.

Rapport introductif sur les dispositions légales, les difficultés rencontrées par la police et analyse des tentatives de prévention dans quelques pays européens

par le Prof. Hans-Peter Krüger, Université de Würzburg, Allemagne

Ce document présente les résultats d'une étude menée par le groupe de recherche de Krüger, Perrine, Mettke, Huessy et Schöch. Le rapport intégral comprend une partie des documents de la conférence. Les points abordés ici sont les suivants:

- objectifs et conception de l'étude;
- résultats concernant la législation du point de vue des drogues dans la société et des drogues dans la circulation routière;
- principaux problèmes liés aux problèmes des drogues dans la circulation;
- et un bref résumé et conclusions qui devraient être examinés pendant ce symposium.

1. Objectifs et conception de l'étude

L'étude porte sur les drogues illicites et la sécurité routière. Il n'existe pas de définition uniforme du mot «drogue» dans les différents pays, mais on retient généralement le sens de «substance psychoactive», définie comme une substance qui modifie ou altère le fonctionnement du système nerveux central. Il s'agit:

- des médicaments, prescrits par un médecin ou vendus sans ordonnance;
- des drogues licites telles que l'alcool;
- des drogues dont l'usage n'est pas autorisé par la loi ou utilisées illégalement.

Nous emploierons ici le mot «drogue» au sens de «drogue illicite», étant entendu que les problèmes évoqués sont les mêmes pour les substances psychoactives en général.

L'étude réalisée par le groupe de recherche essaie de fournir des informations sur les points suivants:

- lois en vigueur et en projet dans certains pays d'Europe sur l'usage de drogues illicites par les automobilistes;
- difficultés rencontrées par la police, le ministère public et les tribunaux en matière de répression de la conduite sous l'influence de drogue;
- mesures de prévention.

Les douze pays participants étaient l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

Le projet comportait trois phases, dans chacun des douze pays énumérés ci-dessus:

- recensement des spécialistes des problèmes de drogue et d'alcool dans les services de la justice, de la police, de la santé publique et dans les transports, ainsi que dans les organismes de recherche;

- collecte de données par questionnaire;

- suivi dans le cadre de tables rondes dans chacun des pays retenus.

L'étude constitue une partie importante de l'initiative et des efforts constants du Groupe Pompidou, au Conseil de l'Europe, pour lutter contre la drogue au volant. Le personnel du projet apprécie vivement l'appui créatif de M. Klaus Fuchs, du Groupe Pompidou. L'enquête n'aurait pas été possible non plus sans la bonne volonté de tous ceux qui ont apporté leur contribution en répondant aux questionnaires et en participant aux tables rondes. Nous tenons à remercier tout particulièrement les personnes grâce auxquelles chacune des tables rondes a été fructueuse, instructive et spécifique.

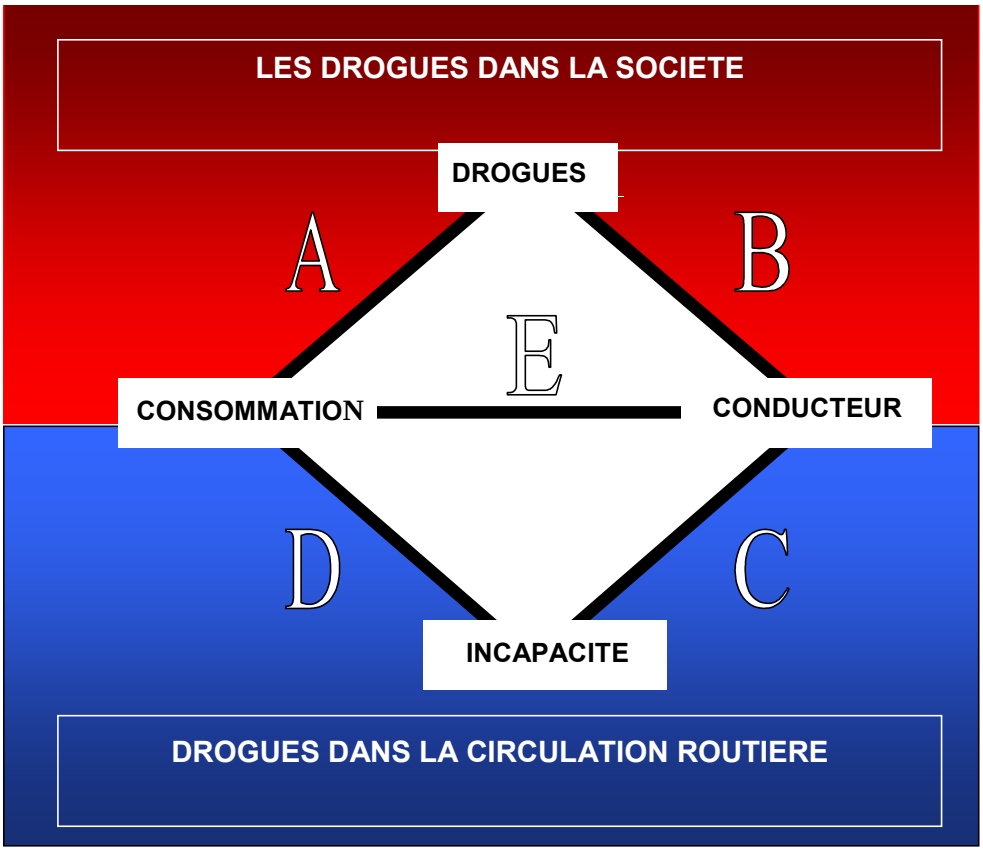
Le questionnaire a été adopté ensuite par la DG VII de l'Union européenne et il a été envoyé aux pays de l'Union européenne qui n'avaient pas pris part à l'étude. Gilles Vincent donnera ultérieurement un résumé de l'étude complémentaire menée par la DG VII[25a].

2. Résultats concernant la législation

Les dispositions légales devraient être subdivisées en deux catégories: celles qui concernent les drogues en général et leur usage dans la société; celles qui concernent les drogues au volant. Il sera montré plus tard que ces deux domaines ne sont pas indépendants l'un de l'autre. La figure 1 montre les principales cibles des dispositions légales et les différents aspects des axes d'action, identifiés ici par une lettre et traités de façon détaillée ci-après.

[25a] Les versions définitives du rapport (pp.73 et seq.) et de son annexe (pp.101 etseq.) contiennent des informations supplémentaires sur cinq autres pays.

Figure 1. Schéma des relations entre les drogues dans la société et dans la circulation routière, du point de vue des principales cibles des dispositions légales concernant les différents aspects (drogue, conducteur, consommation et incapacité) de cinq axes d'action



2.1. Les drogues dans la société

2.1.1. Axe d'action A: dispositions légales contre les drogues

En ce qui concerne les drogues dans la société, tous les pays participants s'accordent à reconnaître que la lutte contre les drogues illicites est fondée en droit pénal; tous ont adhéré aux conventions pertinentes des Nations Unies et en ont incorporé les principes dans leur droit national. Une place particulière est faite à la lutte contre la criminalité organisée. Autrement dit, sur le plan formel, il n'y a aucune différence entre les pays. En particulier, les sanctions contre les trafiquants de drogue sont tout à fait comparables.

Toutefois, la plupart des pays sont confrontés au problème de l'augmentation du nombre de consommateurs de drogue, et sont contraints de trouver des solutions pragmatiques, notamment en ce qui concerne l'usage du cannabis. Il est évidemment impossible de mettre hors la loi une proportion importante des jeunes d'un pays sans que cela ait de graves répercussions sur la société. Ce problème conduit:

- à établir une distinction bien nette, pour ce qui est des conséquences légales, entre consommateurs et trafiquants;

- à faire une distinction entre différentes catégories de drogue, plus ou moins tolérables;

- à déterminer dans chaque cas la quantité de drogue dont la possession est tolérée (d'un certain nombre de grammes à «ce qui tient dans la main»);

- à apporter différentes réponses juridiques à la consommation de drogue, en fonction des circonstances quant au lieu et au mode de consommation.

Les dispositions légales applicables à ces exceptions sont extrêmement variables. La plupart des pays ne punissent pas la consommation de drogue. Certains prononcent un non-lieu en cas de possession de faibles quantités à usage personnel. D'autres recommandent des amendes légères dans les affaires mineures.

Autrement dit, si l'on considère ces exceptions pragmatiques à la règle générale, l'homogénéité formelle entre les pays fait place à une approche très hétérogène du problème de la drogue – plus précisément le problème du cannabis – qui donne l'impression qu'il y a en Europe des pays plus ou moins libéraux.

La manière dont les pays abordent le problème de la drogue dépend également dans une large mesure de leurs ressources. La lutte contre la drogue coûte très cher et exige des policiers ayant reçu une solide formation, des tests toxicologiques de qualité et des programmes de prévention soigneusement planifiés et mis en œuvre. Du fait qu'ils n'ont pas les moyens de financer un programme efficace de lutte contre la drogue, les pays de l'Est en particulier sont contraints d'adopter une attitude plus libérale, mais ils le font contre leur gré. A l'évidence, ils ont besoin de coopérer avec les autres pays et d'obtenir leur soutien.

2.1.2. Axe d'action B: la loi sur la circulation routière comme instrument de lutte contre les drogues

Dans certains pays, la possibilité offerte par les règlements administratifs de suspendre et de restituer le permis de conduire est utilisée comme un instrument complémentaire pour lutter contre la consommation de drogue. Même s'il n'y a aucun rapport entre l'usage de drogue et la circulation routière, certains pays font de la consommation ou de la possession de drogue une occasion de réexaminer la capacité de l'intéressé à conduire. En Allemagne, par exemple, le tribunal peut s'abstenir de sanctionner une personne si celle-ci n'a en sa possession qu'une petite quantité de drogue. Le droit pénal renonce alors à faire prononcer une peine. Mais, en même temps, en vertu du droit administratif, cette personne peut se voir retirer son permis de conduire, même si elle n'a jamais conduit sous l'influence de drogue et que sa consommation de drogue a eu lieu dans des circonstances entièrement distinctes et indépendantes de la circulation routière. Cette pratique témoigne d'une mise à contribution manifeste et délibérée de la législation routière pour lutter contre la drogue, la mesure administrative n'étant fondamentalement motivée ni par l'incapacité à conduire ni par la mise en danger de la vie d'autrui sur la route.

2.2. Les drogues dans la circulation routière

Tous les pays sont d'accord pour dire que l'absence, sur la route, d'automobilistes conduisant sous l'effet de drogue est préférable à leur présence. Du point de vue de la législation routière, l'objectif de la réglementation est de faire en sorte que personne ne mette en danger une autre personne. Dans le cas des substances psychoactives, cela conduit à se poser un certain nombre de questions:

- axe d'action C: faudrait-il punir uniquement l'incapacité à conduire en classant les drogues parmi les influences néfastes?

- axe d'action D: faudrait-il sanctionner la présence d'une certaine concentration de drogue, en supposant que ce niveau a des effets néfastes sur le «conducteur moyen»?

- axe d'action E: faudrait-il punir la consommation de drogue associée à une activité routière?

2.2.1. Axe d'action C: l'approche fondée sur l'incapacité

Si l'on considère les objectifs fondamentaux de la législation routière, cette approche est la plus directe. Quelles que soient les causes de l'incapacité, l'automobiliste se voit interdire l'usage d'un véhicule dès lors que sa condition physique est compromise. Tous les pays prévoient des sanctions contre les conducteurs dont la capacité est amoindrie. Autrement dit, tous peuvent sanctionner la conduite sous l'influence de drogue lorsque l'incapacité est prouvée. Le motif est l'incapacité et non la présence de drogue. Du point de vue légal, cette solution est neutre car elle n'a pas d'incidence sur les droits constitutionnels de la personne et il n'est pas nécessaire de renvoyer aux problèmes de consommation de drogue. En tant que norme interne de législation routière, elle est aussi indépendante du débat public sur les drogues.

2.2.2. Axe d'action D: l'approche fondée sur la concentration limite

Le principal inconvénient de la méthode précédente est qu'il est difficile d'obtenir et d'établir la preuve d'une diminution de la condition physique par suite de la consommation de drogue. Il en a été de même, à une époque, avec les effets de l'alcool. Mais une centaine d'années de recherche ont permis d'accumuler une somme impressionnante de connaissances concernant les effets de l'alcool sur toutes les fonctions psychophysiologiques. C'est ainsi qu'ont pu être définies des limites d'absorption d'alcool au-dessus desquelles on considère qu'un automobiliste est hors d'état de conduire et la police n'a pas à apporter la preuve de cet état dans chaque cas. Une concentration limitée d'alcool a donc pu être établie scientifiquement et justifiée, ce qui a permis d'aborder efficacement le problème de la conduite en état d'ivresse dans la population.

Dans le cas des drogues, en revanche, la situation paraît quasiment inextricable. Il y a de nombreuses substances différentes, dont chacune a des propriétés pharmacocinétiques complexes, des caractéristiques métaboliques inconnues, des effets variables sur des fonctions psychologiques hétérogènes, et dont la consommation habituelle entraîne une tolérance inconnue. De ce fait, toute législation fondée sur la preuve qu'une drogue a été la cause d'un mauvais comportement au volant se heurte à des difficultés pratiquement insurmontables. Il en résulte que les tribunaux tendent à réprimer l'abus d'alcool ou d'autres infractions, même dans les cas où la consommation de drogue a probablement été la cause de l'infraction aux règles de circulation.

Les mêmes problèmes se posent pour les médicaments ayant des effets psychoactifs. Leur pharmacologie complexe ne permet pas d'envisager une réglementation fondée simplement sur des taux limites de concentration ou la définition de catégories de substances dont l'usage est interdit en cas de conduite d'un véhicule. Etant donné que des millions d'automobilistes sont sous l'influence de médicaments qui leur sont nécessaires et que le comportement de la plupart d'entre eux est amélioré précisément par le traitement prescrit, le problème est probablement insoluble.

L'approche fondée sur une concentration limite absolue est séduisante tant que l'on peut justifier scientifiquement la limite en question. On ne peut substituer une incapacité de conduire raisonnablement supposée à une incapacité individuellement prouvée que dans le domaine de la circulation routière.

2.2.3. Axe d'action E: l'approche fondée sur le taux zéro

Etant donné les difficultés qu'il y a à aborder le problème de la drogue sous l'angle de l'incapacité, certains pays ont tendance à fixer un taux de concentration zéro à l'exemple de l'Allemagne. Le taux limite légal correspond à une concentration qui ne peut être détectée que par des méthodes toxicologiques. De fait, il s'agit d'un taux zéro avec une marge d'erreur intégrée.

Mais une autre difficulté se pose alors. Les limites de concentration doivent être définies pour un liquide organique particulier – sang, urine, salive ou sueur. Le sang est considéré comme le milieu le plus approprié, car les concentrations sanguines sont celles qui montrent les corrélations les plus étroites avec les fonctions psychophysiques. La concentration de drogue dans les urines permet de «remonter le temps», en révélant une consommation passée. Les caractéristiques de distribution de nombreuses substances importantes dans le sang, la salive ou la sueur sont encore imparfaitement connues. C'est pourquoi le sang semble jusqu'à présent être le milieu le mieux indiqué pour la détection d'une altération effective du comportement causée par une drogue; vient ensuite l'urine, mais une analyse ne peut normalement servir de preuve juridique. Autrement dit, si une présomption d'altération du comportement sous l'effet d'une drogue conduit à imposer un taux zéro, seule une analyse de sang aura valeur probante.

Ici se rejoignent les deux grandes questions de la drogue dans la société et de la drogue au volant. L'incapacité de détecter et de prouver de façon fiable une incapacité à conduire aboutit à la même solution de la limite zéro que dans le cas de règlements pénalisant les individus pour usage de drogue «quel que soit le milieu où elles sont détectées». Nous n'avons pas pour objectif d'évaluer ce résultat, mais il est évident qu'une réglementation fondée sur la méthode de l'incapacité ne peut être un modèle pour aborder sur le plan légal les drogues licites, tels que les médicaments.

3. Problèmes posés par la lutte contre la drogue au volant

L'étude fait apparaître un certain nombre de problèmes liés à la conduite sous l'influence de drogue, à sa détection et aux poursuites à engager. Tous ces problèmes tiennent aux éléments suivants: au fait que les dispositions légales sont inexistantes ou définies trop étroitement pour être efficaces; aux obstacles pratiques rencontrés par la police sur le terrain; à des insuffisances sur le plan médical et toxicologique et/ou à l'absence de mesures de prévention ou à leur inefficacité. Le meilleur moyen d'illustrer ces problèmes semble donc de suivre le cas d'un automobiliste conduisant sous l'influence de drogue, depuis le moment où il est détecté jusqu'aux conditions de restitution de son permis. Les différentes étapes – et les problèmes rencontrés à chaque étape – sont indiqués au tableau 1.

Tableau 1. Diagramme montrant les procédures, les questions et les problèmes aux différentes étapes de la mise en cause d'un conducteur suspecté d'avoir consommé de la drogue – détection, examen médical et poursuites

Domaine	Procédure	Questions	Problèmes
Détection	Circulation	Mode de contrôle? Méthode des blocs aléatoires autorisée?	Stratégie et tactique de la police
	↓		
	Sélection d'un automobiliste	Suspicion nécessaire?	Droits constitutionnels
	↓		
	Test sur place	Tests comportementaux? Tests à l'aide d'un instrument? Quels spécimens?	Expériences différentes Programmes de reconnaissance des drogues
	↓		
Examen médical	Test par le médecin	Tests comportementaux? Méthodes toxicologiques?	Expérience du médecin Normalisation
	↓		
Poursuites	Conséquences immédiates	Suspension de permis? Saisie du véhicule?	Dispositions légales
	↓		
	Conséquences ultérieures	Sévérité de la punition? Marge de discrétion? Retrait du permis? Conséquences non pénales (par exemple coût de l'assurance)?	Efficacité des mesures légales

3.1. Stratégies de la police

Le tout premier problème consiste à détecter le conducteur sous l'influence de drogue. Quelles stratégies policières sont efficaces? Par exemple, est-ce une bonne idée d'appliquer les expériences et les stratégies qui ont réussi dans le cas de la conduite sous l'effet de l'alcool?

Un certain nombre d'études ont montré que l'usage des drogues était courant chez les adolescents et les jeunes adultes dont le mode de vie était étroitement lié à la culture populaire. L'archétype du conducteur en état d'ébriété est assez différent de l'archétype du conducteur sous l'influence de drogue. Il s'agit souvent, dans ce dernier cas, de jeunes gens parcourant de longues distances pour assister à des manifestations telles que concerts de rock ou «raves», roulant vers des discothèques proches ou éloignées, et transportant plusieurs passagers allant au même endroit, dans l'intention de consommer de la drogue tous ensemble.

Dans ces conditions, il faut que les stratégies de détection de la police montrent leur efficacité. Quelles sont les caractéristiques de l'itinéraire d'un conducteur consommant

des drogues? Par exemple, quand le voyage a-t-il lieu? Quels types de véhicules sont utilisés? Y a-t-il généralement un seul conducteur ou une seule voiture avec des passagers? Il y a maintenant des échanges d'expériences entre les polices de la route des différents pays, mais il faudrait les intensifier, en particulier entre pays de l'Est et de l'Ouest. Il faudrait aussi que participent à ces groupes de travail des experts qui ne soient pas du domaine de la répression.

3.1.1. Le problème des tests sur place

Lorsqu'un policier arrête un automobiliste, il lui est généralement difficile de se rendre compte de son degré d'intoxication et d'obtenir une preuve suffisante pour des poursuites efficaces. Il y a une grande diversité de règles régissant les conditions dans lesquelles il peut être demandé à un automobiliste de fournir un échantillon de sang ou d'urine. Si quelques pays autorisent un prélèvement biologique sans le consentement de l'intéressé (c'est-à-dire le leur imposent de force), la majorité d'entre eux exige un consentement exprès, mais l'incite fortement à coopérer en prévoyant des sanctions en cas de refus.

Ces différentes approches reposent sur des conceptions différentes des droits constitutionnels de la personne, non seulement en ce qui concerne son intégrité physique, mais aussi pour ce qui est de l'interdiction de contraindre une personne à s'accuser elle-même en se soumettant à un prélèvement. En général, toutefois, un tel prélèvement ne peut être pratiqué que s'il existe des indices suffisants laissant présumer une infraction («cause probable»). Mais, comme ce sont les policiers qui doivent recueillir ces indices, c'est à eux d'en assumer la responsabilité. Cela les conduit souvent à se montrer très prudents, de manière à éviter des erreurs. Il en va de même lorsqu'il s'agit d'évaluer sur le bord de la route une incapacité à conduire.

Par conséquent, l'efficacité de la répression ne dépend pas seulement de l'existence de règlements non équivoques quant aux drogues interdites et à quelles concentrations, mais aussi de consignes précises à l'intention de la police sur la façon de procéder pour obtenir des preuves. Une réglementation visant à faciliter le dépistage et la preuve de la drogue au volant pèsera aussi nécessairement sur l'automobiliste moyen, mais c'est le prix à payer si la société veut lutter efficacement contre la conduite sous l'influence de la drogue.

Deux moyens importants sont envisageables pour améliorer l'efficacité de la répression. Le premier consiste à introduire des dispositifs de dépistage des drogues (analogues aux analyseurs de l'air expiré), le second à mettre en œuvre des programmes de reconnaissance des drogues pour la police. Le milieu le plus souvent utilisé est la salive, mais c'est parfois l'urine ou la sueur. C'est la détection dans l'urine qui donne les résultats les plus fiables, sous réserve toutefois de limites d'interprétation pour l'appréciation du degré d'altération de l'aptitude à conduire. En outre, la procédure de recueil d'urine ne semble pas appropriée dans le cadre des dépistages sur le bord de la route. Les dispositifs de dépistage dans la salive et la sueur sont en cours de développement, mais ils n'ont pas encore atteint un niveau acceptable de fiabilité. Autrement dit, il n'existe actuellement aucun dispositif de dépistage rapide, fiable et pratique. En attendant, on applique un autre moyen: les programmes de reconnaissance des drogues par la police.

Si les pays participants admettent en général la nécessité de programmes de reconnaissance des drogues, il est certain que les modalités de leur mise au point et de leur application présenteront des différences importantes. La modification et l'adaptation des programmes existant aux Etats-Unis, pays qui a été le premier à les mettre au point et à les exécuter, seraient onéreuses et donneraient lieu à des

difficultés juridiques si ces programmes devaient être simplement exportés tels quels en Europe. C'est pourquoi certains pays viennent seulement de mettre en chantier un programme de reconnaissance des drogues. Néanmoins, tous les pays participants reconnaissent clairement la nécessité de coopérer à la mise au point d'une version européenne adaptée du programme de reconnaissance des drogues, et tous manifestent la volonté de le faire.

3.2. Problèmes liés à l'examen médical et aux procédures toxicologiques

Le problème suivant se pose lorsque le conducteur suspecté se trouve face au médecin. Certains pays déploient des efforts importants pour mettre au point et évaluer une procédure et un protocole types pour l'examen médical, y compris le choix de tests de comportement appropriés et des observations significatives du comportement du conducteur. Il serait hautement souhaitable que tous les pays d'Europe entreprennent en la matière un effort de normalisation. Des efforts comparables ont été entrepris dans le domaine de la toxicologie: deux initiatives de l'Union européenne devraient permettre de normaliser les procédures toxicologiques et le contrôle de la qualité des laboratoires qui analysent les drogues présentes dans les liquides organiques. Malgré ce début encourageant, il faut faire davantage.

Un nouveau problème intéressant est apparu dans certains des pays qui ont mis au point récemment des méthodes perfectionnées de formation de la police à la détection des drogues: il en est résulté une augmentation du nombre de conducteurs sous l'influence de drogue. Mais lorsque les suspects étaient présentés à des médecins qui n'avaient pas reçu une formation aussi poussée, ces derniers ne détectaient pas les mêmes symptômes que les policiers et concluaient qu'il n'y avait pas d'altération du comportement. Ce problème se pose en particulier dans les régions rurales où il n'y a pas de médecins ayant reçu une formation spéciale. Autrement dit, il faudrait enseigner aux médecins légistes les techniques dont bénéficient les policiers.

3.3. Problèmes lors des poursuites

3.3.1. Conséquences immédiates

L'efficacité de la dissuasion repose sur trois principes: la certitude (de la détection); la rapidité (de réaction) et la gravité (des conséquences). Hormis l'absence de certitude, les policiers se plaignent souvent de ne pas pouvoir mettre en route une procédure contre un conducteur quand ils savent que celui-ci est sous l'influence de drogue, en raison du temps nécessaire à l'obtention des résultats d'un test toxicologique. Il existe peu de dispositions légales – par exemple pour une suspension provisoire du permis de conduire ou une saisie de l'automobile – permettant d'engager des poursuites sur la base uniquement de comportements dénotant une incapacité ou des seuls résultats positifs d'un dispositif de dépistage.

3.3.2. Conséquences ultérieures

Une personne arrêtée par la police pour conduite sous l'influence de drogue n'est pas nécessairement reconnue coupable par les tribunaux, les procureurs et les juges jouissant à cet égard d'une certaine marge discrétionnaire. Dans tous les pays sur lesquels a porté l'étude, on manque de données statistiques sur ce point.

Les statistiques concernant les rapports de police, les non-lieux prononcés par les ministères publics, les mises en accusation et les inculpations soit n'existent pas, soit, lorsqu'elles existent, sont tenues à des fins purement internes et ne sont pas rendues publiques. Le pouvoir discrétionnaire des procureurs diffère selon les pays lorsqu'il

s'agit de décider d'engager des poursuites ou de classer une affaire. Dans certains cas, en vertu du principe de légalité, les procureurs sont en général tenus d'engager des poursuites, lorsque des preuves suffisantes existent. Ces pays admettent toutefois une marge discrétionnaire de la part du procureur dans certains cas, notamment les infractions mineures. Les pays qui n'appliquent pas le principe de légalité laissent généralement une marge discrétionnaire au procureur.

Dans la pratique, toutefois, ces diverses approches théoriques ne se traduisent pas par des différences majeures dans la façon dont les lois sont appliquées. Dans les cas d'infractions mineures, un procureur tenu d'appliquer le principe de légalité peut user de son pouvoir discrétionnaire; dans les cas plus graves, un procureur qui, théoriquement du moins, aurait un pouvoir discrétionnaire, déciderait de toute façon d'engager des poursuites.

Souvent plus importantes que la punition elle-même sont les conséquences du retrait, de la suspension et de la restitution du permis de conduire. Dans tous les pays, la conduite sous l'influence de drogue peut entraîner la suspension, voire un retrait, du permis de conduire; mais les conditions restrictives pour que l'automobiliste le récupère sont variables. Dans la majorité des pays, la décision de suspension et/ou de restitution dépend des autorités administratives, qui peuvent contraindre le contrevenant à subir un examen médical, y compris des analyses d'urine et de cheveux afin de déterminer, après l'arrestation, ses habitudes de consommation de drogue avant l'arrestation. Souvent, le permis peut être récupéré sous réserve que l'intéressé apporte la preuve d'une abstinence pendant une longue période, le principe étant que la consommation de drogue et la conduite automobile sont incompatibles. Il y a là une différence évidente par rapport à l'alcool, où l'hypothèse d'une «consommation contrôlée» – qui dissocie la boisson et la conduite – est possible et permet de restituer le permis de conduire.

4. Prévention

Dernier point, et non des moindres, il faut souligner le problème de la prévention. La question fondamentale est ici de savoir si les mesures et instruments classiques de dissuasion concernant l'alcool au volant permettent de lutter efficacement contre la drogue au volant. L'archétype du conducteur qui a bu est assez différent de celui qui conduit sous l'influence de drogue. On ne sait pas très bien dans quelle mesure le comportement des jeunes conducteurs est influencé par les dispositions légales, ni même s'ils ont connaissance de celles-ci, du fait notamment que les taux de dépistage sont aussi faibles. Peu d'efforts ont été faits pour appréhender ou aborder (sans parler de résoudre) le problème de la drogue au volant du point de vue du consommateur le plus courant: le jeune usager. Aucune recherche n'a été faite pour comparer et opposer le comportement, les attitudes vis-à-vis de la drogue au volant et la façon dont sont perçues les sanctions dans les différents pays européens.

La politique de prévention doit aussi tenir compte de la division de l'opinion publique à l'égard de la drogue et des prises de position politiques sur les problèmes qui lui sont liés. Malgré un rejet fondamental et officiel des drogues, il est nécessaire, dans la pratique, de tolérer au moins un certain niveau de consommation, notamment pour ce qui est du cannabis. Cette volonté de tolérer un certain usage, tout en hésitant à le légaliser, rend quasiment impossible la possibilité de s'attaquer efficacement au problème de la drogue au volant en s'inspirant des slogans relativement simples des campagnes antialcooliques du type: «Boire ou conduire, il faut choisir.» La stratégie qui consiste à tolérer tacitement une drogue de manière générale et hors du champ de la circulation routière, mais à pénaliser officiellement sa consommation avant de prendre

le volant ou au volant, empêche l'application de programmes de prévention propres à la circulation routière comportant des recommandations catégoriques à l'intention des jeunes quant à l'attitude à adopter vis-à-vis de la drogue au volant.

5. Résumé

Pour conclure un document qui met en lumière de nombreux problèmes et faiblesses, nous tenons à souligner certains points qui ont été débattus dans toute l'Europe:

- la drogue semble être à peu près omniprésente en Europe;
- aucun pays n'échappe aux effets de la drogue parmi les jeunes;
- tous les pays considérés ont la volonté de s'attaquer au problème de la drogue au volant;
- il y a une volonté manifeste et affirmée de coopérer sur cette question dans les domaines du droit, de l'application des lois, de la médecine et de la politique publique;
- pour obtenir des résultats en matière de lutte contre la drogue au volant, les pays les moins développés semblent attendre un appui des pays les plus développés;
- il est admis à l'unanimité que la drogue au volant est un problème qui concerne toute l'Europe et qu'il faudrait résoudre sur une base européenne commune.

Présentation de la législation belge relative à la conduite d'un véhicule sous influence de drogue

par Claude Gillard, Direction générale de la législation pénale,
Ministère de la Justice, Belgique

L'article 35 de la loi belge relative à la police de la circulation routière interdisait déjà la conduite d'un véhicule dans un état analogue à l'ivresse résultant de l'emploi de drogue ou de médicaments.

Cependant, la législation ne précisait pas le type de substances visées, le taux de concentration ni les méthodes de contrôle.

Par ailleurs, la législation pénale générale sur les stupéfiants incrimine la détention mais pas l'usage simple.

Des problèmes de contrôle sont dès lors apparus, notamment à la sortie des méga-dancings ainsi que dans le cadre du tourisme de la drogue durant lequel les intéressés se rendent aux Pays-Bas pour y consommer des drogues illicites et reprennent ensuite le volant sans toutefois détenir des stupéfiants dans le véhicule.

Dans ces types de contrôle, les tests, notamment d'urine, ne pouvaient être effectués que sur une base volontaire.

En vue de résoudre ces difficultés, un projet de loi a été rédigé. Afin de permettre une évolution des méthodes de détection ainsi que des types de substances visées et des taux de concentration, le projet prévoyait que ces modalités seraient réglées par des arrêtés d'application. La section législative du Conseil d'Etat a refusé cette approche. Selon cette instance, en raison de l'interprétation stricte du droit pénal, la loi doit préciser elle-même les types de substances, les taux de concentration et les méthodes de contrôle.

En outre, un certain nombre de problèmes pratiques subsisteraient tels que:

- le problème de l'usage de médicaments;
- la présence de codéine dans certains sirops;
- le taux positif en raison d'une consommation passive;
- le taux de concentration variant beaucoup dans le temps selon le type de contrôle, patients soignés à l'aide de morphine, etc.

Afin de répondre à ces questions et de devancer certaines objections prévisibles du parlement, une étude scientifique préalable a été entreprise. Celle-ci a été intégrée dans sa totalité dans le document parlementaire. Elle a fait l'objet d'une présentation exhaustive au parlement avant l'ouverture des débats.

Grâce à cette approche scientifique préalable, le parlement a voté le projet de loi à l'unanimité sans amendement, ce qui est rare en matière de drogue.

La législation belge relative à la conduite d'un véhicule sous influence de drogue est dès lors régie par la loi du 16 mars 1999 qui est entrée en vigueur le 9 avril 1999. Ces caractéristiques sont décrites ci-après.

Substances incriminées

THC (c'est-à-dire substance active du cannabis).
Amphétamines inclus (MDMA, MDEA, MBDB).
Morphine.
Cocaïne.

Méthodes de contrôle

Batterie de tests visibles (par exemple pupilles des yeux).
Si les tests extérieurs sont positifs uniquement: immuno-essai par l'analyse d'urine; la loi instaure une obligation de s'y soumettre (le refus est assimilé à un test positif).
Si les tests extérieurs et l'immuno-essai sont positifs, analyse de sang.

Taux

Le principe de la loi est la tolérance zéro. Les taux fixés dans la loi sont dès lors des taux de détection.

Mesures prises

Interdiction de conduire pendant douze heures, cela renouvelable par six heures.
Retrait du permis de conduire immédiat ordonné par les autorités judiciaires si, par exemple, conduite dangereuse, etc.
Si déchu du permis de conduire, le juge doit subordonner la réintégration dans le droit.
Conduire à la preuve d'abstinence.
Peines: quinze jours à six mois d'emprisonnement; amende de 4 000 à 400 000 francs belges (100 à 10 000 euros).

Dispositions réglementaires d'application

Un arrêté royal du 4 juin 1999 (*Moniteur belge* du 8 juin 1999) a été promulgué afin d'uniformiser les batteries de tests extérieurs ainsi que déterminer la procédure pour la prise d'urine et de sang.

Par ailleurs, une procédure est en cours pour agréer les tests d'urine ainsi que les laboratoires autorisés à effectuer les analyses de sang.

Problèmes de la législation anti-drogue
lorsqu'il y a implication de benzodiazépines

par Hans Laurell, Administration nationale des routes, Suède

J'évoquerai des textes encore plus récents que la législation belge, car notre parlement a adopté cette nouvelle loi le 25 mars de cette année, qui entrera en vigueur début juillet. Je vous prie de m'excuser pour le titre de mon exposé, car j'ai découvert trop tard que les benzodiazépines ne posent pas de problème particulier en la matière. Toutes les drogues prescrites posent des problèmes comparables, et je ne vais donc pas singulariser les benzodiazépines ci-dessous.

La Suède a depuis de nombreuses années une loi du fait de laquelle il est particulièrement difficile pour la police de poursuivre et de condamner une personne qui conduit sous l'effet des drogues. Cette loi est en place depuis longtemps; il y a six ans, la police a contrôlé au hasard une conductrice à un point de contrôle. Les agents qui l'ont interpellée ont trouvé son comportement très étrange. Elle ne présentait pas de traces d'alcool et les policiers ont donc soupçonné la prise d'autres drogues. Ils lui ont donc fait faire des analyses qui ont révélé le taux d'amphétamine le plus élevé que l'on ait enregistré jusqu'alors. Cette personne n'a pourtant pas été condamnée pour conduite sous l'effet des drogues. Elle a certes été condamnée pour consommation de drogues illicites, mais pas pour sa conduite sous l'emprise de ces produits. A la suite de cette affaire, le gouvernement a créé une commission chargée de proposer une nouvelle législation en la matière. La charge était en effet trop lourde pour la police. Il était pratiquement impossible de faire poursuivre et condamner une personne pour conduite sous l'effet des stupéfiants. Il fallait démontrer une conduite dangereuse.

Le 25 mars de cette année, le parlement a adopté une nouvelle loi; elle dispose que toute personne qui conduit un véhicule à moteur ou un tramway après avoir consommé des boissons alcoolisées au point que son taux d'alcoolémie au cours du trajet ou après celui-ci atteind au moins 0,2 mg/l dans le sang ou 0,10 mg/l dans l'haleine doit être condamnée pour conduite en état d'ivresse, et encourt une peine qui peut aller jusqu'à plusieurs mois de prison. L'article 8 de la loi sur les narcotiques stipulant que toute personne qui conduit un véhicule à moteur ou un tramway après avoir consommé des drogues, de sorte que son sang contienne encore ces substances au cours du trajet ou après celui-ci, peut être poursuivie en justice. Ce principe ne s'applique toutefois pas quand les drogues ont été prises sur ordonnance médicale rédigée par un médecin ou toute autre personne habilitée à prescrire de tels produits. Le conducteur peut également être condamné pour conduite en état d'ivresse au titre de l'article 1 s'il était par ailleurs enivré par l'alcool ou d'autres drogues, ou si sa conduite engendrait un réel danger dans la circulation. Nous avons opté pour une législation à tolérance zéro pour les produits classés parmi les drogues; cette notion englobe bien sûr diverses drogues licites, telles que les benzodiazépines. En temps normal, le contrevenant risque une amende; la peine maximale est de six mois de prison, mais il est rare que de telles peines soient effectivement appliquées dans les affaires de conduite en état d'ivresse. Il existe aussi une infraction de conduite en état d'ivresse aggravée: alcoolémie supérieure à 0,1 ou 1 gramme d'alcool par litre de sang. La peine habituelle est d'un mois de prison pour une première infraction, si le coupable n'a pas provoqué d'accident. Les amendes infligées dans ce cas de figure sont liées aux revenus, afin de frapper les riches comme les pauvres. Le retrait de permis est pratiquement systématique, surtout si l'alcoolémie dépasse 0,3 mg/l. Ces dispositions

sont indépendantes du système pénal, il s'agit de sanctions administratives prises dans l'intérêt de la sécurité routière, indépendamment des amendes et des peines d'emprisonnement. Cette loi entrera en vigueur le 1er juillet.

Le législateur réalise que ce texte risque d'engendrer de multiples problèmes. Mais il sait également que, dans l'état actuel des choses, ces problèmes sont inévitables. Il est très difficile de formuler le texte autrement pour y échapper. Mais toute dérogation à l'intention des personnes qui prennent en toute légalité des drogues sur ordonnance implique qu'il faudra encore en gérer les limites. Le législateur a opté pour la tolérance zéro dans cette loi afin d'éviter toute discussion sur les diverses limites à définir pour les différentes drogues. La situation devrait rester difficile; si un patient doit par exemple prendre, en vertu de son ordonnance, 100 ml d'une certaine drogue trois fois par jour, et qu'il en reste une certaine concentration dans son sang, il faudra déterminer s'il s'agit d'une dose excessive ou non. Les limites devront être fixées par notre laboratoire central.

La détection de certaines drogues est également un problème. Le LSD, par exemple, ne peut être détecté que dans les urines, et la loi ne spécifie que la présence des produits dans le sang, car elle peut indiquer une influence d'une drogue sur le système nerveux central. Par ailleurs, la détection dans le sang de substances telles que la morphine peut par exemple être confondue avec de la codéine. A cela s'ajoute le problème de la détection des substances par la police sur les routes. Dans notre pays, la police pratique des alcootests de manière aléatoire. Tout policier peut à tout moment arrêter un chauffeur et lui demander de souffler dans le ballon. S'il a des soupçons mais ne trouve aucune trace d'alcool, il peut poursuivre et entreprendre le dépistage d'autres drogues. La loi précise que s'il soupçonne la prise de drogues, il peut effectuer une inspection des yeux, qui consiste à tester les mouvements oculaires et la taille de la pupille. Si ce contrôle donne des raisons supplémentaires de suspecter une conduite sous l'effet des drogues, il peut passer à l'examen sanguin. Comme nous l'avons vu précédemment, une application rigoureuse de la tolérance zéro pourrait engendrer de sérieux inconvénients pour les patients dont la conduite n'est pas affectée par une substance parce qu'ils y ont développé une accoutumance, ou qui utilisent une drogue donnée pour motifs de santé et pourraient être en moins bonne forme s'ils ne la prenaient pas. Des dérogations doivent être prévues à leur égard afin de ne pas porter gravement atteinte à leur mobilité. Ces dérogations ne sauraient toutefois pas s'appliquer aux personnes qui prennent ces drogues sans ordonnance, ou à des doses excessives. C'est à chaque chauffeur d'avoir un comportement responsable.

La conduite en état d'«ébriété» clinique est toujours punissable, quelle que soit la drogue prise, même si le chauffeur a une ordonnance en bonne et due forme. Un chauffeur qui présenterait des signes de perte de ses moyens du fait d'une drogue peut être inculpé et condamné. Les médecins sont soumis à l'obligation légale d'informer leurs patients de l'impact qu'une drogue peut avoir sur la conduite ou sur d'autres activités où la sécurité ne serait plus assurée. Il apparaît cependant que, pour diverses raisons, les médecins n'imposent pas leur point de vue: soit parce qu'ils n'ont pas le temps, soit parce qu'ils ne veulent dissuader leurs patients d'utiliser le médicament prescrit. La responsabilité incombe donc au chauffeur. Il peut ainsi surgir un problème éthique du fait que certains subiront une peine pour une infraction pour laquelle d'autres seront disculpés.

Un chauffeur sans ordonnance peut ne pas être affecté par une drogue, mais il sera condamné. Notre pays pratique le double régime de la conduite en état d'ivresse, et de la conduite en état d'ivresse aggravée. Nous n'avons pas encore défini à partir de quel niveau la conduite sous l'emprise des drogues sera «aggravée». Ce point nous ramène à la police et à leurs observations sur le comportement des conducteurs. La loi

n'a pas beaucoup changé sous ce rapport. Le mode technique de détection variera d'une drogue à l'autre; ces aspects seront définis non par la loi, mais par le laboratoire central qui procédera aux analyses. On pourrait estimer que la loi devrait couvrir toutes les drogues connues pour être potentiellement dangereuses pour la sécurité routière.

Actuellement, la loi n'envisage que les drogues classées comme stupéfiants. Un chauffeur doit être conscient des effets d'une drogue sur sa conduite. Il pourrait affirmer qu'il s'est senti tellement mal qu'il a dû demander un médicament à une autre personne, sans disposer d'aucune information sur le médicament pris. Le législateur est conscient du problème, mais il n'a pas encore trouvé de meilleure solution. Il convient à présent d'observer les effets de l'application de cette loi et de se forger une opinion à partir des problèmes réels, après son entrée en vigueur le 1er juillet de cette année.

Révision partielle de la loi fédérale suisse sur la circulation routière (LCR)

par Christian Buschan, Office fédéral de la police, Suisse

En Suisse, celui qui, influencé par la consommation d'alcool, de stupéfiant ou de médicament, est incapable de conduire, doit désormais être tenu de manière plus adéquate à l'écart de la participation à la circulation routière.

L'incapacité de conduire doit être principalement qualifiée de violation grave des règles de la circulation routière (retrait obligatoire du permis de conduire), indépendamment du fait que l'incapacité résulte de l'usage de l'alcool, de stupéfiant ou de médicament.

Les mesures administratives applicables à la conduite en état d'ébriété (retrait du permis de conduire) seront aggravées. Pour pouvoir également établir une alcoolémie comprise entre 0,5 et 0,79 %, il faut pouvoir ordonner des contrôles de l'haleine au moyen de l'éthylomètre, même en l'absence de présomption d'ébriété.

Dès lors que chaque conducteur, conductrice, doit s'attendre à faire un jour l'objet d'un contrôle pour conduite en état d'ivresse, il convient, dans le même temps, de renforcer les mesures de prévention générale.

Pour les stupéfiants et médicaments – comme pour les conduites en état d'ébriété – le Conseil fédéral (gouvernement) doit pouvoir fixer le taux de concentration de ces produits dans le sang à partir duquel l'incapacité de conduire au sens de la LCR est établie. La liste de ces substances sera établie en étroite collaboration avec les milieux scientifiques. Dans ce contexte, il est tout à fait envisageable que, pour certaines substances, telles que l'héroïne et la cocaïne, une limite de tolérance zéro soit instaurée.

De manière générale, les récidivistes seront punis de plus en plus sévèrement (système appelé «en cascade»).

Le 31 mars 1999, le Conseil fédéral a transmis au parlement le message relatif à la modification partielle de la LCR. En Suisse, cela signifie que les propositions législatives sont déjà approuvées par une majorité des cantons et des différents partis politiques représentés au parlement, ainsi que par les organisations d'importance nationale concernées. Les chances pour que les propositions législatives surmontent tous les obstacles parlementaires sont dès lors bonnes.

Résumé des propositions de modifications législatives:

- la conduite d'un véhicule en état d'ébriété avec un taux d'alcoolémie compris entre 0,5 et 0,79 % constitue une violation de moyenne gravité des règles de la LCR et entraîne impérativement un retrait du permis de conduire pour une durée minimale de un mois, pour autant qu'aucune mesure administrative n'ait été ordonnée auparavant;

- la conduite d'un véhicule en état d'ébriété avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,8 % et/ou la conduite sous l'influence de stupéfiants ou de médicaments constituent une violation grave des règles de la LCR et entraîne impérativement un retrait du permis de conduire pour une durée minimale de trois mois, pour autant qu'aucune mesure administrative n'ait été ordonnée auparavant;

- des contrôles systématiques de l'haleine, grâce à l'éthylomètre, doivent pouvoir être effectués par la police, même en l'absence de suspicion d'ébriété. Attendu qu'il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité corporelle, cette manière de procéder se justifie également à l'encontre de personnes qui ne sont pas (trop) alcoolisées;

- les prises de sang et d'urine: le Conseil fédéral peut fixer par le biais d'une ordonnance les valeurs limites admissibles des substances psychotropes;

- le principe de la répression «en cascade» pour les récidivistes: les conducteurs et conductrices qui enfreignent à plusieurs reprises les règles de la circulation routière doivent être punis plus sévèrement. En regard de la gravité des violations actuelles, ainsi que du nombre et de la gravité des violations des règles de la circulation routière commises ces deux dernières années[26], il faut établir des tarifs minimaux, au plan fédéral, pour l'application des mesures administratives. Ceux-ci seront aggravés par étapes, jusqu'au retrait du permis de conduire d'une durée indéterminée, en cas de récidive. Exemple: la conduite en état d'ébriété avec une concentration d'alcool dans le sang s'élevant à 0,7 % implique un retrait du permis de conduire pour une durée minimale de un mois, à condition que dans les deux années précédentes aucune mesure administrative n'ait été ordonnée.

- retrait du permis de conduire pour une durée minimum de quatre mois, si le permis de conduire a été retiré dans les deux années précédentes, pour une alcoolémie de 0.9 %;

- la conduite en état d'ébriété avec une concentration d'alcool dans le sang s'élevant à 0,9 % implique:

  – le retrait du permis de conduire pour une durée minimale de trois mois à condition que dans les cinq années précédentes aucune mesure administrative n'ait été ordonnée;

  – le retrait d'une durée indéterminée[27], si le permis de conduire a été retiré à deux reprises pour une conduite en état d'ébriété avec un taux d'alcool dans le sang de 0,9 %, dans les cinq années précédentes.

26. Le délai de récidive pour une violation grave des règles de la circulation routière est de cinq ans.
27. Lorsque le permis de conduire a été retiré pendant dix ans, l'autorité du canton de domicile doit, sur requête de la personne concernée, rendre une nouvelle décision, s'il est établi que les conditions ayant donné lieu à la décision en force ne sont plus remplies.

**La conduite sous l'influence de substances psychotropes:
la nouvelle législation portugaise**

*par Maria Adelaide Núncio, Direction générale de la circulation routière,
Lisbonne, Portugal*

Au Portugal, les lois existantes concernant la conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de drogue se trouvent dans le Code de la route, dans le décret-loi n° 24/98 et dans le règlement administratif n° 1006/98 du 30 novembre 1998.

Selon la loi, seuls les conducteurs et les piétons victimes d'accidents de la circulation, blessés ou tués, sont soumis à des analyses médicales ayant pour but de déterminer s'ils conduisaient sous l'influence de l'une ou l'autre des quatre drogues prévues par la loi.

Comme nous ne disposons pas, à ce jour, d'autres tests de dépistage de la drogue, nous ne procédons qu'à des analyses de sang et d'urine qui, comme on peut l'imaginer, se révèlent très coûteuses; c'est la raison pour laquelle nous étions jusqu'à présent contraints de limiter les tests aux personnes impliquées dans des accidents de la circulation.

Par ailleurs, puisque de nombreuses substances psychotropes entrent dans la composition de certains médicaments, la législation, dans la phase initiale, ne prend en considération que la marijuana, la cocaïne, les opioïdes et les amphétamines, ainsi qu'un tableau de la concentration minimale autorisée.

Nous avons l'intention de réviser cette législation, dans un ou deux ans, conformément aux informations données par son application, et d'y inclure d'autres substances et certains médicaments dont l'usage est à déconseiller aux conducteurs.

La méthode qui permet de déceler la présence de substances psychotropes est la suivante.

Les automobilistes et les piétons blessés lors d'un accident de la circulation de même que ceux qui, indemnes, n'en étaient pas moins impliqués dans le même accident doivent être transportés par la police dans un hôpital public et être examinés par un médecin.

Si, après cet examen préliminaire, le médecin constate que son patient se trouve sous l'influence de l'une ou l'autre des quatre substances prévues (marijuana, cocaïne, opioïdes ou amphétamines), la loi lui impose de lui faire subir un second examen médical; au cas où le médecin conclurait, après ce nouvel examen, que cette personne n'est sous l'influence d'aucune drogue, il remplit un formulaire et le fait parvenir à la police qui l'inclura, s'il y a lieu, dans les actes du procès.

Si le médecin conclut que le patient est sous l'influence de l'une ou l'autre de ces substances, il doit prélever des échantillons de sang et d'urine et procéder à un examen de laboratoire.

Lorsque cet examen donne des résultats qui dépassent le niveau de concentration admise par la loi, l'hôpital doit envoyer un échantillon de sang et d'urine à un institut médico-légal qui procédera à une nouvelle analyse toxicologique.

En agissant de cette manière, nous cherchons à uniformiser les procédés; mais seules les analyses faites par un institut médico-légal peuvent servir de base légale pour des poursuites judiciaires.

Les échantillons biologiques envoyés à l'institut médico-légal n'ont qu'un code d'accès qui ne permet aucune identification de la personne, afin de préserver la confidentialité du processus.

Donc, pour l'instant, la police ne peut intervenir directement dans le contrôle de la conduite sous l'influence de ces substances; sa tâche se limite à assurer le transport à l'hôpital des personnes impliquées dans des accidents de la route afin de les soumettre aux examens cliniques prévus par la loi.

Contrôle des substances psychotropes

SEULEMENT

Personnes impliquées dans des accidents de la route, blessées ou tuées – Article 9 du décret-loi n^{o} 24/98 du 30 octobre 1998

L'organisme de contrôle transporte le conducteur ou le piéton victime de l'accident aux services des urgences, même s'il n'est pas blessé.

a. Le médecin vérifie si cette personne est sous l'influence de substances psychotropes. Si ce n'est pas le cas, il doit la laisser s'en aller.

b. Si le médecin suspecte que le conducteur ou le piéton est sous l'influence d'une substance psychotrope, il est tenu lui faire subir un examen médical.

Après cet examen:

a. Si les soupçons ne sont pas confirmés, le médecin en informe l'organisme de contrôle.

b. Si les soupçons sont bel et bien confirmés, le médecin prélève un échantillon de sang et d'urine.

Les premières analyses se font dans le laboratoire de l'hôpital et ont pour but de déceler la présence de principes actifs et leur quantité minimale.

a. Si ces analyses révèlent que la quantité est inférieure au minimum autorisé par la loi, le médecin adresse un rapport à l'organisme de contrôle.

b. Si le résultat est égal ou supérieur à la limite légale, le médecin fait parvenir à l'institut médico-légal par un courrier les échantillons biologiques et la demande anonyme d'examen dans l'enveloppe prévue à cet effet.

L'institut médico-légal fait l'analyse de toxicité et obtient un résultat positif ou négatif en se basant sur la quantité minimale de principes actifs.

Le résultat, quel qu'il soit, est envoyé dans un sachet scellé à l'organisme de contrôle qui, auparavant, avait emmené le patient à l'hôpital.

L'enveloppe contenant le résultat reste dans le sachet jusqu'à ce que l'organisme de contrôle le remette à l'hôpital.

Par la suite, le sachet est renvoyé à l'organisme de contrôle qui fournira à l'hôpital d'autres éprouvettes, enveloppes et timbres.

Prévalence, épidémiologie, évaluation des risques: perspectives pour les drogues illicites et licites
Présentation introductive

par le D^r^ Alain Verstraete, Laboratoire de biologie-toxicologie clinique, Hôpital de l'université de Gand, Belgique

Introduction

Malgré la forte hypothèse, à laquelle de nombreuses études se sont référées, selon laquelle les drogues produisent une altération de l'aptitude à conduire, bien des questions demeurent:

- combien de gens conduisent sous l'influence de drogue?
- quelle est la durée qui s'écoule entre la prise de drogue et le début de leur influence délétère? une tolérance se développe-t-elle?
- dans quel pourcentage d'accident les drogues sont-elles impliquées? et dans quelle mesure contribuent-elles à ces accidents, par rapport au rôle joué par d'autres facteurs? existe-t-il une concentration minimale dose/sang?
- quelles sont les tendances dans le domaine de l'abus de drogue et de la conduite? une augmentation? une évolution des drogues incriminées?
- existe-t-il des différences entre les pays et les régions?
- quels sont les effets de l'usage simultané de différents types de drogue ou d'un mélange de drogue et d'alcool?
- quel est l'impact de la législation sur les drogues et la conduite, et celui de son application sur le nombre d'accidents?

Il est important de répondre à toutes ces questions afin d'aider les gouvernements à décider des mesures qui auront le plus de répercussions sur la sécurité routière et de convaincre le public que les mesures prises sont justifiées, même si elles entraînent certains effets indésirables (coût, perte de temps pour la police et pour le conducteur) (1).

Pour estimer l'implication des drogues illicites dans les accidents de la route, plusieurs approches sont possibles, que l'on peut classer en deux catégories: les études expérimentales et les études épidémiologiques.

Prévalence et épidémiologie

Les informations sur l'influence des drogues (drogues illicites et médicaments) sur la capacité de conduire et les accidents proviennent de différents types d'études:

Dans le cas des *études sous contrôle expérimental*, la drogue est administrée (en différents dosages, comparée à un placebo, et le tout suivi d'un contrôle de positivité) à des volontaires dont les capacités psychomotrices et/ou l'aptitude à conduire sont ensuite mesurées (en laboratoire, au moyen de simulateurs de conduite et/ou sur la route). Ces études, dans le cas des drogues illicites, posent un problème d'éthique et sont donc difficiles à réaliser, mais elles fournissent des informations essentielles. Nous n'en parlerons pas dans cet exposé.

Les enquêtes portant sur des conducteurs que l'on soumet à des prélèvements biologiques (sang, urine, salive, sueur…) destinés à des analyses de dépistage de drogue peuvent être classées en plusieurs groupes, selon le critère de sélection des sujets:

a. les tests en bord de route, qui permettent d'analyser un échantillon représentatif de la population des conducteurs;

b. les études portant sur toutes les personnes blessées lors d'un accident;

c. les études portant sur toutes les personnes décédées des suites de leurs blessures;

d. les études concernant les conducteurs soupçonnés de conduire sous l'influence de drogue et/ou en état d'ivresse;

e. les études dans lesquelles on pratique une double analyse (des prélèvements sanguins soumis à une analyse de dépistage de drogue servant ensuite à déterminer le taux d'alcoolémie).

Il est possible d'opérer encore une autre subdivision en prenant en considération tous les conducteurs ou seulement ceux qui sont responsables d'un accident.

Nouvelles analyses des données d'enquête: il s'agit là d'études principalement descriptives, c'est-à-dire donnant des informations sur le pourcentage de conducteurs qui, dans la population étudiée, ont été exposés à une drogue. Il faut toutefois prendre garde à ce que la comparaison des pourcentages obtenus lors de contrôles routiers avec ceux des conducteurs blessés ou tués ne montre une surpondération des conducteurs dont l'analyse de dépistage de drogue était positive, introduisant ainsi un biais de cause à effet.

Ces nouvelles analyses des données permettent parfois de fournir des informations sur le rôle que les drogues ont contribué à jouer lors des accidents.

C'est le cas lorsque l'on compare les résultats donnés par le groupe d'étude choisi (par exemple les conducteurs blessés lors d'un accident) à un groupe de contrôle de même nature. Une étude de ce type a été réalisée en 1977 par Honkanen *et al*. qui ont comparé la présence de drogue dans le sang des conducteurs blessés et dans celui des conducteurs du groupe de contrôle. Ils ont dépisté des drogues psychotropes parmi 5 % des conducteurs blessés et 2,5 % des conducteurs contrôlés, et de l'alcool parmi 15 % des conducteurs blessés et 1 % du groupe de contrôle (2).

Currie *et al.* (3) ont comparé les résultats d'analyses de dépistage dans le sang de benzodiazépines et d'antidépresseurs tricycliques parmi des conducteurs responsables d'un accident et des conducteurs non responsables. Dans le groupe des responsables (n = 163), 18 conducteurs étaient positifs aux benzodiazépines, 6 aux tricycliques et 4 aux deux drogues à la fois, alors que dans le groupe des non-responsables (n = 66), un seul conducteur recelait des benzodiazépines dans le sang et un seul autre des tricycliques ($X^2 = 8,1$, $p < 0,0045$).

Dans une récente étude cas/témoins commune réalisée en France (4), Marquet *et al.* ont comparé des conducteurs blessés transportés aux services des urgences à des patients n'ayant pas subi de traumatisme. Après rectification de la distribution par âge et par sexe, la différence qui apparaissait dans la prévalence de cannabinoïdes n'était pas significative statistiquement ($p = 0,054$), sauf en ce qui concernait les femmes ($p = 0,02$).

L'Etude belge de toxicologie et de traumatologie (EBTT) n'a pas utilisé de groupe de contrôle mais a comparé le taux de mortalité dans les différents groupes: il était de 3,3 % pour les conducteurs dont l'analyse était négative aussi bien aux stupéfiants qu'à l'alcool, de 4,6 % pour ceux dont le taux d'alcoolémie était supérieur à la limite légale (0,5 g/l), de 5,6 % pour les conducteurs ayant pris des drogues et de 8,6 % dans les cas où l'analyse s'est révélée positive à la fois aux stupéfiants et à l'alcool. Le risque relatif de 2,56 indique une synergie manifeste entre l'alcool et la prise de médicaments/drogues illicites puisqu'un simple effet additif aurait abouti à un risque relatif de 1,60.
Un autre type d'analyse possible est *l'analyse de responsabilité.*

Son but est d'évaluer la responsabilité, ou la culpabilité, de conducteurs tués lors d'accidents de la circulation afin de déterminer dans quelle mesure l'usage de drogue de la part des conducteurs a contribué aux causes de l'accident.

Nous ne mentionnerons que deux études de ce type. La première est celle de Drummer *et al.* qui portait sur 1 045 conducteurs tués (5). Après avoir considéré huit facteurs d'atténuation de la responsabilité, celle-ci a été évaluée sans avoir pris connaissance des résultats de l'analyse de dépistage de drogue. Un indice de responsabilité a été déterminé selon les points donnés par des lignes directrices préétablies. Les conducteurs ont ensuite été classés dans l'une ou l'autre des trois catégories suivantes: responsabilité totale, responsabilité partagée, non-responsabilité. Ensuite, Drummer *et al*. ont calculé la proportion de conducteurs fautifs (le ratio de culpabilité) et obtenu les résultats suivants.
Le pourcentage de conducteurs dans le corps desquels les diverses drogues suivantes ont été détectées s'établit ainsi: alcool, 36 % (9 % concernant alcool + drogue); cannabis, 11 %; amphétamines et stimulants, 3,7 %; benzodiazépines, 3,1 %; opiacés, 2,7 %.

L'analyse de la responsabilité a conclu à la responsabilité de 73 % des conducteurs et à la non-responsabilité de 18 % d'entre-eux. Les conducteurs dont l'analyse était positive aussi bien pour l'alcool, les stimulants, les opiacés, les benzodiazépines que pour un usage simultané de plusieurs drogues ont montré un ratio de culpabilité plus élevé. Seul le groupe du cannabis donnait un ratio moins élevé (0,6) mais non significatif. Le métabolite THC-COOH a été mesuré dans tous les cas sauf deux, mais ceux dans lesquels du THC a été dépisté ont été jugés être des cas de non-responsabilité.

Le tableau ci-dessous montre quel est le risque relatif pour les différents groupes de drogue (dans tous les cas, dans les cas où la drogue seule a été détectée et dans ceux qui faisaient apparaître une positivité de drogue et d'alcool). Un * signifie que les résultats ont une portée statistique.

Groupe de drogue	% de positivité	Risque relatif (tous les cas)	Risque relatif (drogue seulement)	Risque relatif (drogue + alcool)
Pas de drogue		1,0		
Alcool	36 %	**6,0***		
Cannabis	11 %	1,6	0,6	**5,6***
Stimulants	3,7 %	**2,7***	1,6	8,7
Opiacés	2,7 %	**5,0***	2,3	2,9
Benzodiazépines	3,1 %	**5,8***	1,9	**9,5***
Mélange de drogue	5,6 %	**4,0***		8,7

Les conducteurs dont le taux de concentration de drogue dans le sang était plus élevé que ce qu'un usage purement médical n'aurait fait apparaître ont généralement été classés dans la catégorie des responsables de l'accident. Tous les conducteurs dont la concentration de drogue a été estimée beaucoup plus élevée que ce que n'aurait reflété un usage à des fins thérapeutiques ont été jugés ou responsables ou coresponsables. Quant à ceux dans le sang desquels plusieurs drogues ont été décelées, ils ont été, dans tous les cas, considérés comme responsables.

Aux Etats-Unis, Terhune *et al*. ont procédé à l'examen de 1 882 conducteurs mortellement blessés (tous décédés moins de quatre heures après la collision) en se servant d'une méthode d'analyse de responsabilité pour évaluer la relation de cause à effet entre les drogues et les accidents. Cette étude a montré que le taux de responsabilité augmentait pour les conducteurs dont le taux d'alcoolémie était supérieur à 1 g/l et diminuait pour ceux dont le sang contenait du THC, en comparaison avec le groupe de contrôle des conducteurs qui n'avaient fait usage d'aucune drogue. En revanche, ce taux, comparé au même groupe de contrôle, était plus élevé pour les conducteurs ayant pris des amphétamines. Les taux de responsabilité de l'accident augmentaient sensiblement à mesure que s'élevait la quantité de drogue autres que l'alcool. L'analyse de responsabilité n'a mis en évidence qu'une mince relation entre l'usage de drogue et les risques d'accidents, mais les échantillons étaient de taille réduite. Un potentiel de risques accrus d'accidents semblait toutefois se dessiner lorsque certaines drogues avaient été prises en même temps que de l'alcool (6).

Etudes pharmacoépidémiologiques

Ce sont par définition des études dans lesquelles l'incidence des accidents de la circulation parmi les personnes qui prennent des médicaments est comparée à une population de contrôle.

Exemples:

En 1979, Skegg *et al*. ont découvert que les patients auxquels des sédatifs légers avaient été prescrits couraient un risque d'accident 5,2 fois plus élevé (intervalle de confiance (CI): 2,2-12,6) que la population de contrôle et que ce risque était deux fois plus élevé pour les personnes prenant des substances quelconques (7).

Dans une étude réalisée au Tennessee et portant sur des conducteurs d'un certain âge (≥ 65 ans), Rat *et al*. ont constaté que le risque relatif de collisions entraînant des blessures et causées par des usagers de substances psychoactives quelconques était de 1,5 (CI 1,2-1,9). Cet accroissement du risque se confirme en ce qui concerne les benzodiazépines (1,5, CI 1,2-1,9) et les antidépresseurs cycliques (2,2, CI 1,3-3,5). Pour ces substances, le risque augmente en fonction du dosage et devient important à haute dose: 2,4 (CI 1,3-4,4) pour >= 20 mg de diazépam et 5,5 (CI 2,6-11,6) pour >= 125 mg d'amitriptyline (8).

Au Québec, Hemmelgarn a comparé, entre 1990 et 1993, 5 579 conducteurs accidentés d'un certain âge (entre 67 et 84 ans), victimes d'un accident et ayant pris des benzodiazépines de brève demi-vie à une population de contrôle de 13 256 personnes. Après correction du taux d'accident, celui-ci atteignait 1,45 (CI 1,04-2,03) pour une consommation d'une durée d'une semaine et 1,26 (CI 1,09-1,45) pour une période d'utilisation pouvant aller jusqu'à une année, c'est-à-dire que le risque, pour un usage de courte ou de longue durée de ce type de benzodiazépines, n'augmentait pas (9).

Dans l'étude de Oster *et al*., entreprise dans le Massachusetts, ce sont 4 554 personnes (de 18 à 64 ans) ayant reçu une prescription de tranquillisants de la famille des benzodiazépines qui ont été comparées à une population équivalente de contrôle de 13 662 personnes auxquelles avaient été prescrites des substances autres que les benzodiazépines. La probabilité d'un accident dû à la prise de ces médicaments était plus élevée durant les mois qui ont suivi la prescription de benzodiazépines. Les personnes qui, au cours des six premiers mois de la thérapie, avaient pris les médicaments prescrits par plusieurs ordonnances (trois ou davantage) montraient un risque d'accident notablement plus élevé (2,64, CI 1,15-6,04) que celles qui n'avaient reçu qu'une seule prescription. Après correction des données concernant l'âge, le sexe et l'usage antérieur, c'est un risque d'accident deux fois plus élevé qui a été établi (2,09, CI 1,27-3,42) (10).

Dans l'état de Washington, Leveille *et al*. ont confronté dans leur étude une population de conducteurs âgés (> 65 ans) blessés lors d'accidents survenus entre 1987 et 1988 à une population de contrôle analogue. Il y a eu 234 cas d'accidents et 447 contrôles. Comparés aux non-utilisateurs, ceux qui faisaient couramment usage d'antidépresseurs cycliques présentaient, après ajustement, un risque relatif (RR) de 2,3 (CI 1,1-4,8). L'utilisation d'analgésiques opioïdes était aussi associée à un risque d'accidents supérieur (RR 1,8, CI 1,0-3,4). La relation entre la dose et l'effet n'a pu être démontrée pour aucun type de substances. Un usage courant de benzodiazépines et d'histamines était presque sans rapport avec l'accroissement du risque (11).

Une étude réalisée au Saskatchewan par Neutel a analysé 148 000 personnes ayant reçu un benzodiazépine et 98 000 contrôles; l'OR d'hospitalisation dans les quatre semaines qui ont suivi l'exécution de l'ordonnance était de 3,9 (CI 1,9-8,3) pour les personnes qui avaient pris des hypnotiques du type des benzodiazépines et de 2,5 (CI 1,2-5,2) pour celles qui avaient fait usage d'anxiolytiques de la même famille. Dans les deux semaines qui suivaient l'exécution de l'ordonnance, les OR étaient de 6,5 (CI 1,9-22,4) pour les hypnotiques et de 5,6 (CI 1,7-18,4) pour les anxiolytiques. Après une semaine, ces OR étaient même plus élevés encore, mais les limites de confiance étaient grandes. Les groupes qui présentaient les risques les plus élevés étaient ceux des jeunes (de 20 à 39 ans) et des hommes. Aucune augmentation significative des OR n'a été relevée en ce qui concernait les anticonvulsifs, les antidépresseurs et les antipsychotiques (12).

Dans une autre étude, Neutel a comparé les risques d'accidents de la circulation entraînant des blessures parmi des adultes de plus de 60 ans ou plus jeunes que cet âge. La population étudiée comprenait 225 796 personnes de plus de 20 ans ayant reçu pour la première fois une prescription de benzodiazépines et 97 862 contrôles. Les nouveaux utilisateurs de benzodiazépines augmentaient leurs risques d'avoir un tel accident au cours des quatre premières semaines selon un OR de 3,1 (CI 1,5-6,2); les personnes de moins de 60 ans avaient un OR de 3,2 (1,3-8,1) alors que celui du groupe plus âgé était de 2,8 (1,0-8,4). Des divers types de benzodiazépines, c'est le flurazépam qui montrait la plus grande augmentation des risques avec un OR de 5,1, suivi par le triazolam (3,2), le diazépam (3,1) et le lorazépam (2,4). Quant aux strates par âge, les personnes de moins de 60 ans avaient un OR de 6,1 et celles de plus de 60 ans un OR de 3,4 (13).

Barbone *et al*. ont réalisé en Ecosse une étude croisée cas/personnes portant sur des conducteurs âgés de 18 ans et plus. Parmi les 19 386 conducteurs impliqués dans un accident de la circulation dans la période couverte par l'étude, 1 731 faisaient usage d'antidépresseurs tricycliques, de benzodiazépines, d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI: selective serotonin reuptake antagonists) ou d'autres substances

psychoactives. L'OR était plus élevé pour les benzodiazépines seulement (1,62 CI 1,24-2,12), mais n'augmentait ni pour les antidépresseurs (OR 0,93) ni pour les SSRI (OR 0,85) ni pour aucune des autres substances psychoactives (0,88). L'usage de substances de demi-vie moyenne était sans rapport réel avec le risque d'un accident de la circulation. Le risque associé aux benzodiazépines diminuait à mesure que l'âge du conducteur augmentait et croissait en fonction du taux d'alcoolémie. Pour les benzodiazépines, le rapport dose-réaction était manifeste. Le risque était sensiblement accru dans le cas des médicaments de longue demi-vie tels que les anxiolytiques (OR 2,03, CI 1,41-2,93) et le zopiclone (OR 4,0, CI 1,31-12,2). Les auteurs ont calculé que 1 577 accidents survenus au Royaume-Uni, dont 110 ont eu des suites mortelles, auraient pu être évités si les conducteurs qui prenaient des anxiolytiques de la famille des benzodiazépines s'étaient abstenus de conduire (14).

Les études pharmacoépidémiologiques sont de la plus grande utilité, car elles permettent de se faire une idée plus précise de l'importance du risque relatif que présentent les différents types de substances; en d'autres termes, de comprendre quelles sont, parmi les drogues détectées, celles qui contribuent le plus à créer des problèmes de sécurité routière (15). Ces études ont cependant leurs limites, telles que les lacunes dans l'évaluation de la manière dont le patient se conforme à sa médication, du temps qui s'écoule entre sa prise de médicaments et la conduite, des conditions médicales et de l'usage simultané d'alcool et d'autres médicaments (16). Malheureusement, ce type d'études est beaucoup plus difficile à réaliser en ce qui concerne les drogues illicites.

Il est nécessaire d'entreprendre davantage d'études pour pouvoir répondre aux questions posées dans l'introduction, mais il faut veiller avec beaucoup de soin à la manière dont on les conçoit, car les experts ont relevé plusieurs problèmes:

- un grand nombre d'études n'ont pas paru dans les revues scientifiques et sont donc d'accès difficile. Il faudrait vraiment s'efforcer de les publier, ce qui aurait pour avantage supplémentaire de les soumettre à une révision critique;

- les contrôles en bord de route coûtent cher, obligent à réaliser quantité d'analyses pour un petit nombre de cas positifs et occasionnent des désagréments aux personnes que l'on soumet aux tests; c'est pourquoi on procède rarement à ces contrôles routiers. Il faudrait plutôt choisir un échantillon de conducteurs avec soin, de manière à ne pas sur-représenter la population qui roule de nuit. Ce type d'enquêtes permet de rassembler des données très utiles quant on peut les comparer à celles des études portant sur des conducteurs blessés ou tués;

- le coût, de même que le manque d'uniformisation des procédés d'échantillonnage, d'analyse (et de prélèvements) de liquides organiques constituent autant de problèmes qui ont pour conséquence une tendance à limiter le dépistage;

- les études menées dans des pays différents sont peu comparables; cela tient, dans la plupart des cas, à des procédés d'échantillonnage différents de la population de l'étude et d'autres méthodes d'analyse.

Bibliographie

1. Anonymous, *Driving under the influence,* Lancet, 1998, 352, p.1871.

2. R. Honkanen, L. Ertama, M. Linnoila, *et al*., *Role of drugs in traffic accidents,* B.M.J., 1980, 281, pp.1309-1312.

3. D. Currie, K. Hashemi, J. Fothergill, A. Findlay, A. Harris, I. Hindmarch, *The use of anti-depressants and benzodiazepines in the perpetrators and victims of accidents,* Occup. Med. Oxf., 1995, 45, pp. 323-325.

4. P. Marquet, P.A. Delpla, S. Kerguelen, *et al*., *Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: a collaborative study,* J.Forensic Sci., 1998, 43, pp. 806-811.

5. O.H. Drummer, *Drugs in drivers killed in Australian road traffic accidents,* rapport n° 0594, 1994, Melbourne.

6. K.W. Terhune, C.A. Ippolito, D.L. Hendricks, J.G. Michalovic, S.C. Bogema, P. Santinga, R. Blomberg, et D.F. Preusser, *The incidence and role of drugs in fatally injured drivers*, DOT HS 808 065, National Highway Safety Administration, 1992.

7. D.C.G. Skegg, S.M. Richards, R. Doll, *Minor tranquillizers and road accidents*, B.M.J., 1979, 1, pp. 917-919.

8. W.A. Ray, R.L. Fought, M.D. Decker, *Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers*, Am.J.Epidemiol, 1992, 136, pp. 873-883.

9. B. Hemmelgarn, S. Suissa, A. Huang, J.F. Boivin, G. Pinard, *Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly,* Jama, 1997, 278, pp. 27-31.

10. G. Oster, D.M. Huse, S.F. Adams, J. Imbimbo, M.W. Russell, *Benzodiazepine tranquillizers and the risk of accidental injury*, Am.J.Public Health, 1990, 80, pp. 1467-1470.

11. S.G. Leveille, D.M. Buchner, T.D. Koepsell, L.W. McCloskey, M.E. Wolf, E.H. Wagner, «Psychoactive medications and injurious motor vehicle collisions involving older drivers», *Epidemiology*, 1994, 5, pp. 591-598.

12. C.I. Neutel, «Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine», *Ann. Epidemiol*, 1995, 5, pp. 239-244.

13. I. Neutel, «Benzodiazepine-related traffic accidents in young and elderly drivers», *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental,* 1998, 13 suppl. 2, pp. S115-S123.

14. F. Barbone, A.D. McMahon, P.G. Davey, *et al*., *Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use*, Lancet, 1998, 352, pp. 1331-1336.

15. J.J. De Gier, "*Road traffic and illicit drugs* - Rapport de synthèse sur les enquêtes relatives à la prévalence des drogues illicites dans le domaine de la circulation routière dans différents pays européens" Groupe Pompidou, (page 13), Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1998.

16. R.E. Thomas, *Benzodiazepine use and motor vehicle accidents*, Can. Fam. Physician, 1998, 44, pp. 799-808.

Nécessité d'une évaluation clinique pour le dépistage et la confirmation de la conduite sous l'influence de drogue ou de médicaments

par le professeur Georges Lagier, professeur de pharmacologie (université Paris VII), praticien hospitalier (Assistance publique – Hôpitaux de Paris),
Responsable du Centre antipoison et de toxicovigilance de Paris et du Centre régional de pharmacovigilance (hôpital Fernand Widal, Paris)

J'ai pensé qu'il serait intéressant, lors de ces journées, que j'insiste sur la nécessité de l'évaluation clinique lors du dépistage et/ou lors de la confirmation de la conduite sous influence de drogue ou de médicaments. C'est ce que je vous propose d'évoquer maintenant.

En préambule, je souhaiterais dire que, depuis que je m'occupe de cette question, j'ai toujours été frappé par la confusion fréquente, parfois dans un même exposé, voire dans une même phrase, entre le terme «drogues illicites» et le terme, à mon sens plus adéquat, «d'usage illicite». En effet, le terme d'usage illicite peut tout autant s'appliquer à l'usage de drogues illicites (c'est-à-dire dont l'emploi n'est autorisé que pour les traitements des malades) qu'à l'usage abusif de substances chimiques autorisées mais détournées de leur usage normal (comme l'usage abusif de médicaments ou l'utilisation de solvants tels que le trichloréthylène ou l'éther). En effet, je ne pense pas que l'on puisse considérer qu'il y ait une grande différence entre quelqu'un qui prendrait de l'héroïne et quelqu'un qui prendrait trente comprimés de benzodiazépines en une seule fois. Le problème est de savoir ce que l'on entend par normal lorsque l'on parle d'usage de médicaments psychotropes ou de stupéfiants (l'expression «usage normal de stupéfiants» peut paraître surprenante, mais il ne faut pas oublier qu'en France, par exemple, des produits stupéfiants comme la morphine ou la méthadone sont utilisés comme médicaments). Sans oublier non plus l'exposition accidentelle ou professionnelle à des substances chimiques qui peuvent de temps en temps provoquer des problèmes, par exemple lors de la conduite au volant.

Il est donc important de faire des distinctions d'usage et d'essayer de qualifier l'usage. Par exemple, s'agit-il d'un usage abusif? S'agit-il d'un usage illicite? S'agit-il d'un usage «normal», par exemple de médicaments? La qualification de l'usage nécessite un abord clinique, voire dans certains cas l'accès au dossier médical. Il me paraissait indispensable d'insister sur ce point, car on ne peut pas faire l'impasse de la qualification de l'usage, en s'abritant derrière un certain manichéisme qui consisterait à diaboliser l'usage des drogues illicites et béatifier l'usage des médicaments (avec les uns «tout serait noir», avec les autres «tout serait bon»).

Les limites des dosages sanguins sont également évidentes. Certes les dosages sanguins sont importants, et sont certainement les plus fiables de tous les dosages. Ils sont plus fiables que les dosages salivaires ou urinaires, ou même encore que les dosages que l'on peut effectuer sur les cheveux. Mais même avec les dosages sanguins on rencontre énormément de difficultés à établir des corrélations fiables entre les dosages sanguins et la clinique. Contrairement à l'alcool, ces problèmes sont loin d'être résolus.

Ces problèmes sont loin d'être réglés car il existe une diversité extraordinaire de substances et, en permanence, on voit apparaître de nouveaux produits. On note ainsi actuellement l'explosion des produits de synthèse et même l'arrivée de substances telles que la kétamine, le gammahydroxybutyrate ou la phencyclidine, comme aux Etats-Unis. Ces substances entraînent l'apparition de nouveaux problèmes, jusqu'alors méconnus.

Par ailleurs, les pharmacocinétiques de ces produits sont beaucoup plus complexes que celles de l'alcool. L'alcool est un cas de figure absolument exemplaire, trop facile et très rare, car les pharmacocinétiques des autres substances sont généralement d'ordre 1. Pour les toxicologues et les pharmacologues c'est la règle, mais c'est aussi plus compliqué que les pharmacocinétiques linéaires d'ordre 0 comme l'alcool. Il y a des variabilités intra et interindividuelles considérables. Il y a des tolérances possibles (par exemple, on peut débuter une semaine en prenant 1 comprimé d'amphétamine et terminer la fin de la semaine en prenant 100 comprimés par jour sans avoir plus d'effet que le premier jour.) Il y a aussi des phénomènes de sevrage possible et, de ce fait, des gens qui peuvent avoir des taux sanguins minimes et être en période d'excitation ou d'abattement, en raison de ce sevrage. On ne peut donc ainsi pas dire que les corrélations entre les concentrations sanguines et le comportement soient tout à fait évidentes. N'oublions pas enfin les associations de produits, associations qui bien sûr majorent le risque lors de la conduite, et bien sûr l'association avec l'alcool. Tout cela pour dire qu'il est difficile de pouvoir faire des déductions simplistes basées sur les concentrations sanguines.

La conséquence logique de tout ce que je viens de dire est qu'il est impossible de déterminer pour tous les cas les concentrations sans danger et les concentrations dangereuses, comme cela a été fait pour l'alcool au terme de plusieurs décennies.

Par ailleurs, nous sommes confrontés, c'est le cas actuellement en France, à une double nécessité, scientifique, mais également juridique. Les juges ont besoin de savoir exactement quel était le comportement du sujet et ne se contentent pas d'un simple dosage urinaire, surtout s'ils ont participé à des conférences comme celle d'aujourd'hui. En effet, n'importe quel toxicologue ou pharmacologue tiendra un discours semblable. Pour l'instant, il y a donc une nécessité scientifique et juridique d'expertise au cas par cas, prenant en compte aussi bien la clinique que la biologie et permettant de qualifier le type d'usage (Le produit a-t-il été pris dans un but thérapeutique? La substance a-t-elle été utilisée de manière abusive? Comment le sujet s'est-il procuré cette substance? Depuis combien de temps le sujet l'utilise-t-il?, etc.) Il y a donc une nécessité scientifique d'une évaluation globale, évaluation qui tentera de faire des corrélations entre la clinique et la biologie, et qui essaiera aussi d'analyser les circonstances de l'accident. Pour ce faire, il faudra donc confronter la clinique, la biologie et «l'accidentologie». Il est évident que l'expert devra par la suite avoir connaissance des conséquences juridiques des expertises qu'il aura effectuées, cela afin d'améliorer petit à petit les expertises futures.

Il est ainsi clair que l'approche logique voudrait que l'on considère plutôt l'usage illicite (en pratique, l'abus) et que l'on ne mette pas en avant le concept de drogues illicites. Et aussi parlons plutôt d'usage illicite que de stupéfiants. Le concept de stupéfiants mélange en effet des produits dont l'usage est illicite et des produits dont l'usage est considéré comme «normal», par exemple la méthadone ou la morphine utilisées comme médicament.

N'oublions pas que le dépistage comportemental est très important de part sa sensibilité. Si, par exemple, l'on a affaire à des nouveaux produits, le dépistage comportemental est fiable et peu coûteux. Il faut néanmoins trouver des critères pertinents, robustes et faciles à mettre en œuvre. Certes le dépistage comportemental est peu coûteux, beaucoup moins coûteux que l'analyse biologique, mais cette dernière est néanmoins nécessaire. Encore une fois ce qui est très important, c'est de faire des corrélations et de constituer des dossiers complets accidentologiques, cliniques, biologiques et juridiques qui seront analysés globalement.

En matière de dépistage, on peut envisager des dépistages dans l'urine. Mais vous connaissez tous les difficultés qu'il y a parfois à faire uriner certains sujets et à obtenir de l'urine, notamment lorsque les sujets ont été traumatisés. On peut envisager d'utiliser aussi la salive, voire la sueur, et en dernier recours le sang. Mais rappelons que pour l'instant les dépistages sur le sang sont très coûteux. Tout est une question de méthode et aussi d'objectif. En intéressant les équipes et en intéressant les laboratoires à la mise au point de tests et de techniques faciles d'emploi, on pourrait envisager de faire des progrès non négligeables dans ce domaine.

En matière de confirmation, la confirmation clinique doit être élaborée en comportant une documentation sur le comportement antérieur du sujet, voire un accès à son dossier médical. La confirmation biologique est évidemment tout à fait nécessaire. Elle pourrait se faire à priori dans le sang puisque c'est le milieu pour lequel la fiabilité est la plus grande, mais on pourrait aussi envisager l'intérêt de dosages au niveau des cheveux, cela dans le but de qualifier le type d'usage du produit (voir s'il s'agit d'un usage ponctuel ou d'un usage régulier). Dans l'avenir, il sera nécessaire de faire appel de plus en plus à la salive, à la sueur et aux cheveux pour la qualification de l'usage.

Sur ce point, en France, la situation évolue dans le bon sens. En effet, la directive européenne de 1991 a entraîné, en 1996, la production d'un livre blanc qui était un rapport au Premier ministre. Certes, la loi, votée récemment en mars 1999, concerne seulement les accidents mortels. Mais il est raisonnable d'envisager, dans un deuxième temps, d'étendre cette loi à tous les accidents avec dommage corporel. Pour obtenir de nos concitoyens une conduite intelligente sur les routes, ayons nous-mêmes une conduite intelligente pour pratiquer et associer les examens cliniques et les examens biologiques. Le décret d'application de la nouvelle loi française est en cours. Les principes retenus (mais on ne sait pas encore comment cela va être appliqué sur le terrain) sont les suivants: tests cliniques et dépistages de confirmation. L'ensemble de ces tests sera probablement effectué par les médecins. Les tests biologiques de dépistage et de confirmation seront effectués par des laboratoires d'analyse «accrédités». Il est évoqué la notion d'évaluation globale clinique et biologique (à laquelle j'ajouterai les termes accidentologique et juridique). Il est en particulier prévu, toujours dans le cadre de l'application de la loi, une étude épidémiologique rapportant tous les cas signalés en France, cela afin de tirer de cette phase des conclusions pertinentes qui aident tout autant le Gouvernement français que l'harmonisation des mesures au sein de l'Union européenne.

Marijuana et conduite: évaluation de risques par la recherche expérimentale

par le D^r Jan Ramaekers, Université de Maastricht, Pays-Bas

Je vais présenter quelques études expérimentales de la conduite qui ont été menées à l'université de Maastricht. Il s'agit d'un programme lancé, il y a environ dix ans, par le D^r Hendrik ROBE. Je suis sûr que la plupart d'entre vous ont entendu parler de ses travaux. Le programme comprenait deux phases; au cours de la première, on a procédé à trois études qui portaient sur les effets de doses uniques de marijuana; la seconde phase avait pour objet de déterminer les conséquences de la marijuana associée à l'alcool.

Je voudrais présenter aujourd'hui les résultats auxquels le D^r Hendrik Robe a abouti lors de la première phase; certaines des conclusions de la deuxième partie sont également disponibles. Nous pouvons nous pencher maintenant sur l'interaction des substances, pour déterminer la relation entre les doses de THC inhalées et l'aptitude à la conduite, la comparer avec celle qui existerait entre cette aptitude et une dose «sociale» d'alcool – inférieure dans la plupart des pays à la limite légale – et examiner si les effets combinés du THC et de l'alcool diminuent ou améliorent la performance en matière de conduite.

Avant d'en arriver aux résultats, j'aimerais consacrer un peu de temps aux méthodes expérimentales utilisées dans toutes ces études aux fins de détection de l'abus. Il s'agit de tests de conduite standardisés qui se déroulent dans des conditions normales de circulation sur une autoroute. En fait, nous procédons à deux tests distincts. Le premier ressemble à un contrôle de la conduite sur autoroute; son paramètre principal est la variabilité de la position latérale, soumise à des vérifications pendant une heure. Ce que nous mesurons ici, ce sont les déplacements de la voiture en situation réelle.

Le deuxième test consiste à suivre une voiture. Nous mesurons alors la manière dont est contrôlé le traitement de l'information, le temps de réaction d'un sujet aux accélérations du véhicule qui le précède. Cette évaluation n'est pas facile, mais nous procédons à ce test sur autoroute; nous utilisons à cet effet un véhicule spécialement équipé, sur le toit duquel une caméra a été fixée. La caméra a pour rôle de suivre la ligne jaune, et nous permet donc d'enregistrer en permanence la position de la voiture par rapport à cette ligne jaune médiane. La tâche assignée au sujet est simple. Il est invité à conduire à une vitesse constante de 95 km/h et à rester sur la voie de droite, à moins qu'il n'ait besoin de doubler un autre véhicule. Tels sont les deux principes: vitesse constante de 95 km/h et maintien d'une ligne droite. Le test dure au total une heure et s'effectue sur 90 à 100 km. Le sujet n'est pas seul dans le véhicule, mais accompagné d'un moniteur de conduite diplômé, qui a accès au double contrôle et qui est responsable de la sécurité pour l'ensemble du voyage. Si le sujet devient dangereux pour la circulation, le moniteur interrompt automatiquement le test et prend le volant.

Je vais vous présenter maintenant, de façon schématique, deux exemples de ce qu'on mesure par le test. Je vais commencer par expliquer le deuxième, celui d'une voiture qui a un tracé sinueux dans la voie de droite, mais parvient à rester dans les limites de cette voie. Nous mesurons la position du véhicule par rapport à la ligne jaune médiane quatre fois par seconde. Ces informations sont recueillies pendant une heure, après quoi, nous calculons la position latérale moyenne. Nous déterminons ensuite, pour chaque point de mesure, la différence entre la position réelle et la position latérale moyenne durant l'ensemble de la course. Nous obtenons ainsi notre paramètre principal, qui est la déviation standard de la position latérale. Il y a là, en quelque sorte, un index de la sinuosité, donc du contrôle qu'un sujet exerce sur son véhicule.

Dans le premier exemple, la personne que l'on suppose testée a conduit son véhicule avec une déviation standard de 35 cm. Elle parviendrait tout juste à maintenir sa voiture dans les limites de la voie de droite. Dans le deuxième exemple, on constate que tel n'est pas le cas, et que le conducteur a dépassé la ligne. Dans cet exemple hypothétique, la déviation standard de la position latérale a augmenté de 5 cm. En l'occurrence, une petite augmentation représente un élément significatif dans des conditions de circulation réelles.

Dans le second test, il est question de suivre une voiture; le paramètre principal est le délai de réaction à l'accélération et à la décélération de la voiture qui précède, et la manière dont ceci est mesuré. Nous prenons en compte la vitesse des deux voitures, qui sont identiques pour l'essentiel, l'allure de la première étant réglée par un expérimentateur selon un tracé de vitesses préétabli. L'intéressé roule d'abord à 90 km/h, passe à 80 ou 70 en une période déterminée de 50 secondes, puis revient à sa vitesse normale. Le sujet installé dans la deuxième voiture a reçu pour instructions de copier la voiture qui le précède et d'adapter sa vitesse à celle de ce véhicule. Les indicateurs de vitesse sont mis en mémoire sur ordinateur et transmis d'une voiture à l'autre par télémétrie; ils sont ensuite utilisés et analysés au moyen du test de Fourier pour calculer le délai de réaction.

Un mot sur les caractéristiques des sujets. Nous nous sommes limités à des usages récréatifs du cannabis; tous les sujets avaient des antécédents en matière de prise de marijuana, mais n'étaient pas gravement dépendants, bien que l'on puisse les qualifier d'usagers. Ils recouraient à la marijuana deux ou trois fois par mois, étaient tous en bonne condition physique et psychologique, âgés de 21 à 40 ans, possédant évidemment le permis de conduire, et tous ont admis avoir bu sous l'influence du cannabis avant de participer à l'étude. Ce point faisait partie des critères d'inclusion. Enfin, les sujets étaient tous de nationalité néerlandaise.

Le premier résultat de recherche que j'aimerais présenter maintenant est celui d'une étude menée par Hendrik Robe; il a comparé des doses croissantes de marijuana, consistant en fait aussi bien en drogue active qu'en placebo et les a administrées à chaque niveau selon un schéma aléatoire, alterné et en double aveugle. Nous avions établi trois niveaux: au premier, on administrait au sujet un placebo de marijuana et, une semaine plus tard, 100 mg de THC. Au deuxième niveau, les intéressés recevaient eux aussi un placebo et, la semaine suivante, une dose de marijuana supérieure à la première (200 mg); au troisième niveau, le placebo était suivi, après une semaine, de 300 mg de THC par kilo de masse corporelle. L'organisation était la suivante: nous commencions par le test consistant à suivre une voiture, de 45 à 75 minutes après que les sujets eurent fumé; nous procédions ensuite à un test de conduite sur autoroute, pendant environ une heure, puis nous revenions au test de suivi d'un autre véhicule.

Avant les tests et à la fin de l'opération, nous demandions aux sujets d'apprécier subjectivement dans quel état ils se trouvaient; comme on pouvait s'y attendre, cette perception était liée à la dose absorbée: les sujets avaient l'impression de «planer» à environ 30 % du maximum perçu après avoir absorbé la dose faible de marijuana (100 mg) et le chiffre augmentait après la prise de 200 à 300 mg. Il y a lieu de mentionner que tous les sujets ont indiqué, après avoir fumé la dose la plus élevée (300 mg) se trouver dans un état plus proche de leur expérience normale lors de la prise de marijuana. Cette quantité était donc comparable à leur dose habituelle. Evidemment, lorsque nous posions la même question à la fin du test, environ trois heures plus tard, l'effet perçu avait diminué.

Je vous présente maintenant les résultats du test de conduite sur autoroute. Nous recherchons la déviation de la position latérale en relation avec le placebo, soit les valeurs absolues établies pour la dose active moins celles qui avaient été constatées lors du traitement par placebo. Nous avons observé des effets liés aux doses, c'est-à-dire faibles pour la dose la plus basse (100 mg) et augmentant ensuite pour se situer à une déviation d'environ 1 cm. Le chiffre était légèrement supérieur (1,8 cm) pour la dose de 200 mg et passait à 2,8 cm avec 300 mg. L'analyse a révélé que seules les deux doses les plus élevées entraînaient statistiquement une différence marquée avec le placebo. Elle a démontré également que les effets étaient liés aux doses. Un autre élément était intéressant: si l'on comparait cette augmentation à des données obtenues sur des volontaires sains qui avaient absorbé de l'alcool, on pouvait en conclure que l'augmentation correspondant à la dose la plus élevée était légèrement supérieure à celle d'une concentration en alcool de 0,5. Par conséquent, si l'on veut parler de la pertinence clinique de ces résultats, il faudrait dire que les effets, dans nos exemples du moins, sont légers ou modérés. En regardant ici les résultats du test qui consiste à suivre une voiture, il est intéressant de noter que l'on n'a constaté aucun effet de la dose de THC sur le délai de réaction du sujet face au ralentissement de véhicule de tête, qu'il s'agisse de la dose faible, moyenne ou forte.

La deuxième étude que j'aimerais présenter est un peu différente; nous avons là une conception alternée équilibrée avec contrôle de placebo en double aveugle de six manières; nous avons comparé un placebo de marijuana et 200 mg de marijuana seuls ou associés à une faible dose d'éthanol, de 6,7 g/kg de masse corporelle. L'horaire était le suivant: les sujets absorbaient de l'alcool à 19 heures; une heure et demie plus tard, ils fumaient leur dose de marijuana et, une demi-heure après, ils étaient soumis au test consistant à suivre une voiture et au test de conduite sur autoroute.

Là encore, s'agissant des résultats de ce dernier test, nous n'examinons pas des scores différents mais des valeurs absolues pour les six formules de traitement pertinentes. A gauche, vous voyez le traitement par double placebo, placebo de marijuana et placebo d'alcool, qui a servi de référence à tous les autres tests. On a examiné ensuite les effets de doses de marijuana à 1 000 mg et à 2 000 mg, puis vous voyez les conséquences du même traitement par la marijuana, associée à une dose d'alcool.

Statistiquement, tous les traitements actifs étaient notablement différents du traitement au double placebo. Il est intéressant de relever les effets de la faible dose de marijuana, à 100 mg, et ceux de la dose de 200 mg et de la dose unique d'alcool en comparaison du placebo. En particulier, l'association d'alcool et de marijuana a diminué l'aptitude du sujet à manœuvrer un véhicule. Les données montrent que les effets de la marijuana et de l'alcool s'additionnent bien. On peut constater un effet limité de l'alcool et on remarque qu'il augmente si cet alcool est associé à 100 mg de THC, et plus encore s'il est associé à 200 mg. Cet élément est intéressant, parce que nous venions de conclure que les effets de la marijuana ou de l'alcool pris isolément à faibles doses étaient mineurs. Toutefois, lorsqu'ils s'additionnent, ces effets augmentent la déviation d'environ 6 cm. Par rapport aux résultats d'études antérieures, ce chiffre est comparable à celui qui a été observé dans les cas de prise d'hypnotiques sédatifs lourds, comme la fluorézépine, mentionnée plusieurs fois dans des recherches épidémiologiques. En conclusion, les deux petites doses, lorsqu'elles sont associées, comme dans notre exemple, deviennent très dangereuses.

S'agissant encore des résultats du test de suivi d'une voiture, nous observons, comme dans l'autre cas, que les effets de la marijuana ne sont pas très importants, la différence étant minime entre les doses isolées et le placebo, la dose la plus faible n'étant d'ailleurs pas très éloignée du placebo. Comme nous l'indiquions à l'instant, la concentration d'alcool dans le sang au cours du test de conduite était au début de 0,47, et elle est tombée ensuite à 0,34. Il s'agit de concentrations très faibles d'alcool dans le sang. La seule différence que l'on peut constater est due à l'association de la dose élevée de marijuana, à 200 mg, et de l'alcool. On remarque alors une augmentation importante du délai de réaction par rapport au traitement par placebo. Ainsi, là encore, l'association de deux petites doses réduit l'aptitude à conduire des sujets étudiés.

Nous en arrivons aux conclusions des études. L'usage récréatif de la marijuana nuit à la performance en matière de conduite automobile, de manière liée à la dose. Les effets de chacune des doses de marijuana prise isolément sont relativement faibles, et un peu plus graves que ceux observés avec une concentration d'alcool dans le sang de 0,5 mg/ml, soit la limite légale. La marijuana n'a pas augmenté les effets négatifs de l'alcool sur la performance des conducteurs, mais, et telle est la conclusion principale, l'association de faibles doses de marijuana et de la même dose d'alcool a gravement nui à la performance des usagers recourant à la marijuana à des fins récréatives, à un degré précédemment observé sur des volontaires sains traités par des hypnotiques à base de benzodiazépines.

Standardisation des protocoles policiers et procédures d'analyse de la présence de drogue dans les liquides corporels

par Manfred R. Möller,Institut de médecine légale,
Université de la Sarre, Homburg/Saar, Allemagne

En août 1998, une nouvelle loi est entrée en vigueur en Allemagne: la tolérance zéro pour certaines drogues illicites. Il en a déjà été débattu dans le Groupe de travail A1, «Aspects Juridiques» de ce séminaire. Je vais donc aborder les conséquences pratiques et les changements intervenus dans les tâches de la police, ainsi que les recherches en laboratoire qui se poursuivent depuis lors.

Il ne fait pas de doute que les signes d'une altération de la capacité à conduire par suite d'un abus de drogue ou de médicaments sont, dans la plupart des cas, moins visibles que ceux induits par l'alcool, bien que les effets sur la capacité de conduire puissent être beaucoup plus forts. A l'heure actuelle, il n'existe ni procédures ni législation appropriées, contrairement à ce qui se passe dans les cas d'alcoolémie, où il n'y a nul besoin de débattre des signes d'une altération de la capacité à conduire lorsque la concentration mesurée par l'alcootest dépasse la limite définie par la loi. Des procédures sont donc nécessaires pour faciliter la tâche du fonctionnaire de police lorsqu'il s'agit de décider s'il faut ou non exiger un prélèvement sanguin. Le médecin qui effectue le prélèvement examine souvent le sujet une demi-heure, voire une heure, plus tard, et les effets de la drogue peuvent n'être plus visibles. Les résultats du laboratoire pèsent d'un poids égal dans la décision du juge en matière de sanction pénale, notamment dans les cas où est invoquée la loi sur la tolérance zéro plutôt que l'altération de la capacité à conduire. Par conséquent, les points suivants sont importants:

- le fonctionnaire de police doit travailler avec une procédure normalisée pour étayer ses observations et pour répondre à des questions cruciales au tribunal;

- le fonctionnaire de police doit disposer d'instruments de dépistage pour lui permettre de décider plus facilement entre prendre des mesures (prélèvement de sang ou d'urine) et laisser partir librement le sujet;

- il serait souhaitable de pouvoir disposer de procédures de laboratoire agréées et/ou de seuils définis pour le dépistage de la drogue dans le sang.

En été 1997, le programme de formation de la police, présenté dans le groupe de travail A2 par le D^{r} Sabine Joó, a été lancé en Sarre et la liste de contrôle (figure 1) a été introduite à l'échelle nationale. Des observations effectuées par la police sur les manœuvres lors de la conduite, sur le comportement du conducteur lorsqu'il est interpellé et examiné par un fonctionnaire de police et sur les signes visibles d'une altération de la capacité à conduire sont relevées et jointes à chaque prélèvement sanguin. Elles peuvent être ultérieurement utilisées au tribunal, avec l'examen médical et les résultats de l'analyse sanguine pratiquée en laboratoire, lors du témoignage d'un expert déposant sur l'aptitude du sujet à conduire.

Le rapport du fonctionnaire de police est cependant vital dans la détection de l'altération de la capacité du sujet à conduire. Plus le seuil fixé par la loi et les tribunaux pour les signes d'une altération de la capacité à conduire est élevé, moins le fonctionnaire de police sera enclin à décider un prélèvement sanguin. Une meilleure formation produit plus de cas, et surtout plus de cas contrôlés positifs.

Entre-temps, depuis le début du programme de formation de la police en 1997, nous avons obtenu dans notre institut les résultats de plus de 500 cas (dont 357 avec procès-verbal détaillé et résultats des examens en laboratoire), dans lesquels des conducteurs étaient soupçonnés par la police d'être sous l'influence de drogue (plus de 50 % des cas avec procès-verbal détaillé proviennent d'une seule unité opérationnelle de policiers). Il nous est possible de dresser une liste des drogues et des combinaisons de drogues actuellement «dans le coup». La plupart des sujets sont des polytoxicomanes (les deux tiers utilisent le cannabis avec l'alcool et/ou d'autres stimulants). Dès que nous disposerons d'un nombre suffisant de consommateurs monotoxicomanes, nous essaierons de corréler certains signes d'altération de la capacité à conduire avec des drogues particulières. Sur la figure 2, les signes d'altération observés sont énumérés dans les cas où le cannabis a été détecté seul – sans concentration d'alcool dans le sang, ou avec une concentration faible (< 0,03 %) – et avec des concentrations d'alcool dans le sang plus élevées (> 0,03 %, moyenne 0,08 %). Seuls quelques signes ou combinaisons de signes sont caractéristiques de chaque drogue. Ce profil de drogue sera défini dès que nous disposerons de suffisamment de cas d'usagers monotoxicomanes et d'un procès-verbal normalisé.

Le deuxième point crucial est la disponibilité de tests de dépistage susceptibles d'être pratiqués par des fonctionnaires de police lors du contrôle routier ou au poste de police pour vérifier si le sujet a eu ou non des drogues illicites dans son organisme.

L'objectif de l'étude Rosita (*ROadSIde Testing Assessment* – Evaluation des contrôles routiers) (EU-DGVII-01 ROSC.3032) est d'identifier les exigences relatives au matériel de dépistage en contrôle routier et de procéder à une évaluation comparative internationale des matériels existants ou des prototypes. Cette évaluation abordera la validité des résultats du dépistage en contrôle routier, la fiabilité du matériel, sa fonctionnalité (son aspect pratique) et le coût de son utilisation.

1. Quel(le)s sont les drogues ou les médicaments qui ont (ou sont soupçonné(e)s d'avoir) un impact négatif sur la performance de l'usager de la route?

2. Quels sont les matériels de pointe pour le dépistage des drogues en contrôle routier dans l'urine, la sueur et la salive?

3. Quelles sont actuellement les exigences visant dans les Etats membres de l'Union européenne le matériel de dépistage en contrôle routier du point de vue du fonctionnement, de l'utilisateur et de la législation?

4. Quelles procédures de dépistage remplissent les critères fixés dans la méthodologie et la conception expérimentale (tests et évaluation des instruments, validité des résultats, fiabilité du matériel, fonctionnalité (aspect pratique) et coût d'usage)?

5. Que peut-on recommander pour l'utilisation du matériel de dépistage en contrôle routier en Europe?

Un consortium de douze fournisseurs émanant de sept Etats de l'Union européenne et de la Norvège a commencé à travailler en janvier 1999. Les trois premiers systèmes intégrés opérationnels seront terminés fin mai 1999. Les essais sur le terrain, pratiqués sur 27 000 sujets, commenceront en juin et dureront un an. Les recommandations finales seront émises en septembre 2000 au plus tard.

Les résultats de laboratoire sont cruciaux pour les cas impliquant la loi sur la tolérance zéro, dans lesquels la simple détection d'une drogue dans le sang du sujet amène à des sanctions. Aussi ces résultats devront-ils être d'une fiabilité absolue. Il conviendra d'émettre des lignes directrices pour les laboratoires, les obligeant à remplir certains critères de qualité (chromatographie en phase gazeuse ou liquide combinée à la spectrométrie de masse, usage de normes deutériées, définition des limites de détection, limites de quantification, exactitude, précision, programme de contrôle de qualité interne et externe, etc.). Dans les cas où des seuils sont définis, des lignes directrices analogues (comprenant de fréquents contrôles de qualité au voisinage des seuils) devront être appliquées.

Conclusions

Des procès-verbaux de police normalisés sont nécessaires dans des cas de «conduite sous l'influence de drogues illicites» afin de faciliter les décisions des tribunaux et d'élaborer des «profils de drogue» qui permettront aux fonctionnaires de police de reconnaître les sujets sous l'influence de drogue.

Seuls des fonctionnaires de police correctement formés peuvent détecter des sujets qui conduisent sous l'influence de drogue. Quelques unités opérationnelles avec des membres expérimentés et travaillant à l'échelon national ou, du moins, au sein de plusieurs divisions sont bien plus efficaces qu'une formation de moindre niveau dispensée à un plus grand nombre de participants.

Les dispositifs de dépistage dans l'urine, la sueur et la salive doivent être acceptés par la législation et leur utilisation doit être réglementée. Les recommandations seront émises par Rosita.

Des lignes directrices applicables aux laboratoires sont nécessaires pour l'identification des drogues, notamment dans les cas impliquant la tolérance zéro, mais également lorsque certains seuils sont définis.

Figure 1. Liste de contrôle pour les observations annexées au procès-verbal

Annexe au procès-verbal concernant

Nom: Prénoms: Date:

Incident Prélèvement sanguin n° .

Observations sur la conduite, les conditions météorologiques et l'état de la route

Conduite:
□ pas d'observations
□ prudente □ dangereuse
□ embardées
- écart par rapport à la ligne droite
- jusqu'à ……. mètres
- nombre d'embardées……..
- observées à une distance de ……. mètres

□ vitesse non adaptée aux conditions de circulation
□ non-respect de la priorité
□ a attiré l'attention d'autrui

Maniement du véhicule
□ moteur calé
□ changements de vitesse incertains
□ régime moteur excessif
□ autres……

Etat de la chaussée:
□ bon état
□ mauvais état
□ en travaux
□ bien éclairée
□ mal éclairée
□ sèche
□ mouillée

Défauts du véhicule
□ néant
□ si oui, décrire

Conditions météorologiques:
□ pluie □ verglas,neige
□ vent violent/tempête
□ brouillard
□ jour
□ crépuscule
□ nuit

Observations au moment où le sujet à été interpellé ou rencontré

Réaction:
□ normal
□ retardée
□ extrêmement lente

Signes physiques inhabituels:
□ néant
□ transpiration
□ tremblement □ agitation
□ vomissement

Apparence:
□ propre et soignée
□ cheveux dépeignés
□ négligée

Maîtrise de la langue allemande:
□ oui
□ non
□ limitée

Elocution:
□ distincte
□ bégaiement
□ voix pâteuse
□ propos marmonnés

Réponse/clarté d'esprit:
□ somnolence
□ éveil facile
□ sommeil profond/perte de conscience
□ clarté d'esprit
□ état de confusion

Humeur/comportement:
□ calme, maîtrise de soi
□ excité
□ anormalement gai
□ imperturbable
□ ne garde pas ses distances
□ provocant
□ agressif □ larmoyant

Sortie du véhicule:
□ normal
□ déséquilibre
□ doit se retenir au véhicule

Démarche:
□ stable
□ traînante
□ instable
□ chancelante

Odeur d'alcool:
□ oui
□ non

Alcootest
□ oui, à … h, degré d'alcoolémie…..%
□ refus
□ non
□ limité

Yeux:
□ normaux
□ conjonctive rouge
□ humides/luisants
□ agités

Pupilles:
Droite: ……..
Gauche:……
□ diam. approx……mm ……mm
□ réaction immédiate à la lumière
□ réaction lente à la lumière

Conditions d'éclairage sur les lieux de l'examen
□ jour □ crépuscule
□ nuit/éclairage urbain
□ nuit/éclairage intérieur

Autres observations: (découverte de poudre, comprimés, etc.; autres particularités remarquées dans le véhicule, sur les personnes; continuer au verso si nécessaire)

Comportement durant les interrogatoires officiels (durée: de…. à …..)
□ est resté le même □ de plus en plus bizarre □ est devenu plus normal

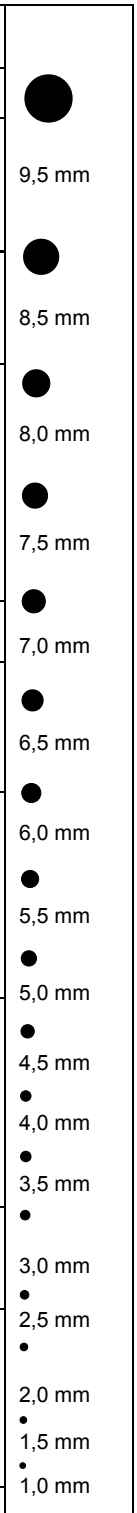


Figure 2. Distribution des signes observés

Total	Tous cas confondus		BAC ≤ 0,03%	BAC > 0,03		
				Cannabis contrôlé positif		
Signes végétatifs/neurologiques	**Nbre de cas**	**%**	**Nbre de cas**	**%**	**Nbre de cas**	**%**
Conjonctivite rouge	170	66	65	90	16	57
Yeux humides et luisants	170	66	59	82	8	29
Réaction lente à la lumière	138	54	53	74	4	14
Pupilles dilatées	80	31	31	43	1	4
Transpiration	52	20	23	32	0	0
Yeux agités	29	11	13	18	1	4
Signes moteur						
Voix pâteuse	125	49	29	40	13	46
Tremblement	115	45	53	74	3	11
Démarche traînante	69	27	15	21	6	21
Démarche instable	50	19	11	15	7	25
Déséquilibre	46	18	9	13	4	14
Bégaiement	21	8	8	11	0	0
Signes psychopathologiques						
Réaction retardée	159	62	53	74	10	36
Réponse somnolente	127	49	49	68	2	7
Agitation	99	39	33	46	5	18
Excitation	86	33	30	42	8	29
Impassibilité	55	21	22	31	1	4
Etat de confusion	51	20	11	15	4	14
Ne garde pas ses distances	40	16	8	11	5	18
Réaction extrêmement lente	32	12	10	14	1	4
Sautes d'humeur	29	11	7	10	1	4

Place de la salive et de la sueur dans la caractérisation d'une conduite automobile sous influence

par Pascal Kintz, Institut de médecine légale,
Université Louis Pasteur, Strasbourg, France

Introduction

Dans le cadre d'une conduite automobile sous influence d'un xénobiotique, l'analyse toxicologique d'un échantillon biologique (surtout sanguin) prélevé sur le sujet représente la preuve indiscutable de l'exposition. Dans cette situation, l'analyse ne s'oppose pas à la clinique, mais conforte le diagnostic médical.

Il convient en préambule de rappeler que seule une analyse sanguine, pratiquée par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse peut être rendue à un magistrat.

Néanmoins, on peut admettre que ces procédures ne sont pas applicables à des dépistages de masse, par exemple dans les opérations de prévention, du fait de la difficulté à faire accepter le prélèvement sanguin, invasif, par la population générale et la durée importante de la phase analytique, incompatible avec le rendu immédiat du résultat, qui pourrait conduire à l'immobilisation du véhicule. Dans ces conditions, une analyse immunologique (avec des tests spécialement conçus pour cet usage) à partir d'un prélèvement de salive apparaît comme une solution acceptable. La place de la sueur est plus discutable.

1. La salive

Le débit salivaire total est de 500 à 1500 ml par jour. La salive mixte, la matrice la plus aisément accessible et la plus utilisée pour l'analyse des drogues, est constituée principalement des sécrétions des glandes sous-maxillaires (65 %), parotides (23 %) et sublinguales (4 %). La formation de la salive primaire a lieu au niveau des extrémités des canaux excréteurs des glandes salivaires principales. Au fur et à mesure qu'elle parcourt le système des canaux, la salive devient de plus en plus hypotonique L'osmolarité salivaire, toujours inférieure à celle du plasma, s'élève avec l'accroissement du débit salivaire, ce qui s'accompagne généralement d'une augmentation du pH, qui tend alors à approcher le pH plasmatique ou même à le dépasser. Le pH salivaire de repos est de 6,8.

La salive mixte est composée à 99 % d'eau. Elle contient également des sels minéraux et des protéines telles que des mucines (lipoprotéines ayant un rôle de lubrification) et des enzymes de digestion.

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer le passage des xénobiotiques dans la salive. Les plus petites molécules, comme l'éthanol, passent librement à travers les membranes, par les pores. La plupart des stupéfiants semblent entrer dans la salive par un simple mécanisme de diffusion passive dépendant de leurs propriétés physicochimiques (pKa, liposolubilité, poids moléculaire et configuration spatiale), de leur liaison aux protéines plasmatiques ainsi que des pH plasmatique et salivaire. Les substances lipophiles et faiblement ionisées passent donc aisément la barrière entre le plasma et la salive, la concentration salivaire étant le reflet de la concentration plasmatique de la molécule sous forme libre. Pour des substances faiblement basiques, la concentration salivaire est fortement liée au pH de la salive. Dans le cas des composés ayant un pKa proche du pH de la salive, un faible changement de pH

induit un changement important du degré d'ionisation reflété par le rapport salive/plasma (S/P). Cela est peut-être la raison pour laquelle les rapports S/P déterminés expérimentalement peuvent être différents des valeurs théoriques calculées à partir des équations de Henderson-Hasselbach. En effet, les protocoles de recueil salivaire sont très variables selon les études.

Le prélèvement de salive est considéré comme non invasif et peut être effectué sous contrôle visuel par des officiers de police bien formés, pour réduire les risques d'adultération.

En pratique, un échantillon de salive peut être collecté en crachant dans un récipient, en balayant la cavité orale avec un coton-tige ou en stimulant la production salivaire avec des friandises acidulées, des cristaux d'acide citrique, ou en mastiquant un matériau inerte tel que le téflon. Tenant compte du fait que la concentration des drogues dans la salive est susceptible de diminuer parallèlement à l'accroissement du flux salivaire, il pourrait être intéressant de collecter la salive non stimulée. Par ailleurs, une assez forte réticence peut être observée chez un bon nombre d'individus envers l'action de cracher. Certains individus produisent plus de mousse que la quantité de liquide nécessaire à l'analyse. De plus, une réduction de flux salivaire peut être observée à la suite de la consommation d'amphétamines et de certains antidépresseurs. Dans le cadre de la sécurité routière, ces désavantages doivent être pris en considération lors de prélèvements sur le terrain.

La salive «stimulée» a été utilisée dans beaucoup d'études contrôlées et certains outils spécifiques ont même été mis au point pour en faciliter le prélèvement et pour obtenir un échantillon de salive plus propre et plus facile à analyser.

Les échantillons doivent de préférence être centrifugés afin d'éliminer les particules en suspension. Ils doivent être conservés à –20 °C afin d'assurer une stabilité optimale des analytes; il est intéressant de remarquer que l'action de congeler et de décongeler l'échantillon en abaisse la viscosité. Le recueil et la conservation se font en général dans des tubes en plastique. Dans certaines études impliquant la recherche de cocaïne et d'héroïne, une solution de 5 % de fluorure de sodium a été ajoutée aux tubes de prélèvement en polypropylène. La cocaïne présente dans la salive, conservée dans un récipient en plastique en l'absence d'additifs, est stable pendant au moins une semaine à 4 °C. L'emploi d'acide citrique ou de friandises acidulées augmente la stabilité; la cocaïne est moins stable dans des récipients en verre. La stabilité des cannabinoïdes dans la salive n'a pas été étudiée systématiquement; l'usage de récipients en verre silylé de même que l'adjonction de fluorure de sodium ont été rapportés.

Les concentrations salivaires de nombreux produits seraient fortement corrélées aux concentrations plasmatiques. Dans la majorité des publications disponibles, il apparaît cependant que les cinétiques salivaires des xénobiotiques diffèrent notablement des cinétiques sanguines, ce qui implique que la valeur diagnostique de la salive doit être étudiée séparément pour chaque analyte. Dans plusieurs études, les auteurs ont également cherché à trouver une corrélation entre la concentration des drogues dans la salive et leurs effets pharmacologiques, sans être toujours capables d'en trouver.

De nombreuses publications ont décrit l'excrétion de la cocaïne et de ses métabolites dans la salive. La cocaïne est toujours l'analyte prédominant identifié et les rapports S/P mesurés sont supérieurs à 1. La cocaïne peut être détectée dans la salive durant une période comprise entre 4 et 12 heures consécutivement à une administration unique de drogue par voie intraveineuse, intranasale (sniffée) ou par inhalation (fumée). La contamination de la cavité bucale après la consommation sous forme

sniffée ou fumée est variable mais significative durant les deux premières heures consécutives à l'administration. Les concentrations de benzoylecgonine et d'ecgonine méthylester sont très faibles par rapport à la concentration de cocaïne, et restent en dessous de 100 ng/ml. La durée des effets pharmacologiques est équivalente ou légèrement inférieure au temps de détection de la cocaïne dans le plasma et la salive. Des méthodes analytiques suffisamment sensibles ayant une limite de détection de 5 à 10 ng/ml permettent même de détecter les métabolites qui apparaissent un peu plus tard dans la salive. Bien que la corrélation entre la concentration salivaire et les effets pharmacologiques ne puisse pas toujours être établie, à la suite d'une contamination de la cavité buccale ou de la stimulation du flux salivaire, la présence de cocaïne dans la salive peut raisonnablement être associée à un usage récent.

L'héroïne peut être détectée dans la salive après une administration unique par injection intraveineuse, par inhalation (fumée) ou par la voie intranasale (sniffée). Après injection intraveineuse, l'héroïne est détectable pendant moins d'une heure dans la salive, la 6-acétylmorphine pendant 1 à 4 heures et la morphine pendant 12 heures. Après administration par cigarette, les concentrations maximales d'héroïne et de 6-acétylmorphine et les rapports S/P au cours des premières heures sont beaucoup plus élevées. L'héroïne est détectable de 2 à 24 heures, la 6-acétylmorphine pendant 1 à 4 heures. Comme pour la cocaïne, la contamination de la cavité buccale après une consommation par inhalation d'héroïne base est à l'origine des valeurs élevées du rapport S/P.

La codéine est détectable dans la salive durant une période de 9 à 12 heures après administration orale de 60 mg de phosphate de codéine; les rapports S/P sont supérieurs à 1.

Les cannabinoïdes ne sont pas ou peu excrétés dans la salive, mais leur voie d'administration étant quasiment toujours buccale, le delta9-tétrahydrocannabinol (THC) est détectable dans ce milieu pendant plusieurs heures, à la suite de la contamination buccale par la fumée inhalée. Dans la demi-heure suivant l'inhalation, des concentrations salivaires de THC supérieures à 100 ng/ml peuvent être mesurées. Les concentrations salivaires sont plus élevées que les concentrations plasmatiques dans les premières heures. Le THC reste détectable durant 3 à 6 heures en moyenne par la plupart des méthodes. La recherche du THC dans la salive semble préférable à l'analyse urinaire en cas d'une exposition récente au cannabis.

Les taux salivaires d'amphétamine et de méthamphétamine après administration unique par voie orale, intraveineuse ou fumée, sont au moins deux à trois fois supérieurs aux taux plasmatiques. Le délai pendant lequel ces molécules peuvent être détectées dans la salive peut atteindre deux jours avec des méthodes analytiques sensibles. Une corrélation entre les concentrations salivaires de méthamphétamine et la présence d'effets subjectifs et cardiovasculaires n'a pas été établie.

L'usage de «*designer amphetamines*» représente un problème croissant. Il est d**'**autant plus surprenant de constater qu'aucune étude contrôlée n'a été publiée sur le dosage salivaire de la méthylènedioxyamphétamine (MDA), de la méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) et de la méthylènedioxyéthamphétamine (MDEA). Après administration orale de 100 mg de chlorhydrate de N-méthyl-benzodioxazolyl-butanamine (MBDB) à un sujet, la molécule est détectable dans la salive jusqu'à la dix-septième heure. La concentration de la substance mère reste supérieure à celle de son métabolite (BDB). La durée de détection salivaire est très certainement favorisée par une structure liposoluble aminée.

Les analyses à grande échelle d'échantillons de salive resteront difficiles tant que des immuno-essais spécifiques à l'analyse de la salive n'auront pas été développés. L'analyse de la salive a été effectuée par certains auteurs avec des tests spécifiquement développés pour la recherche des stupéfiants dans les urines; dans le cadre de ces études, ces tests ont été évalués et/ou adaptés. Deux observations majeures s'imposent d'emblée: 1. la salive contient généralement les substances mères alors que les urines renferment les métabolites de ces dernières; 2. les concentrations présentes dans la salive sont beaucoup plus faibles que celles observées dans les urines. Or, généralement, les anticorps utilisés dans les immuno-essais pour rechercher la présence des drogues dans les urines possèdent une affinité plus élevée pour les métabolites urinaires que pour les substances mères. Quand une technique spécifique permettant la détection de composés dans la salive aura été développée, il se posera le problème complexe de la détermination des valeurs seuils (*cut-off*) adaptées à chaque classe pharmacologique. Des seuils trop faibles induiront un nombre exagérément élevé de résultats négatifs avec chromatographie gazeuse - spectrométrie de masse (GC/MS), alors que des seuils trop élevés induiront un nombre élevé de faux négatifs.

Certaines considérations pratiques doivent être retenues à propos du dépistage des conducteurs sous l'empire de stupéfiants. Tout comme dans le cas de l'alcool au volant, des contrôles systématiques, simples, non invasifs et fournissant un résultat quasi immédiat doivent pouvoir être effectués par des officiers de police ne disposant que d'une formation scientifique minimale. Il existe une demande croissante pour des tests de dépistage pouvant être effectués sur le site même du prélèvement de l'échantillon. Récemment, quelques prototypes ont été introduits pour un dépistage rapide des substances psychotropes dans la salive: le Drugwipe (Securetec, Allemagne) pour rechercher la présence de drogues illicites dans la salive en frottant la langue; le système Rapiscan (Cozart Bioscience Ltd., Royaume-Uni) pour le dépistage des drogues illicites, de la méthadone et des benzodiazépines dans un échantillon de salive; et les tests Oralscreen Morphine (Avitar Technologies, Inc., Etats-Unis) et CarePoint (Coventry, Royaume-Uni) pour la détection des opiacés dans un spécimen oral.

La salive peut être extraite et analysée comme d'autres milieux physiologiques tel que le sang. En général, la salive présente moins d'interférences de composés endogènes que le sang et l'urine. Il est cependant impératif de s'assurer, avant d'effectuer toute analyse réelle, de la validation des procédures analytiques avec de la salive non contaminée et avec de la salive volontairement contaminée, qualitativement et quantitativement, à l'aide des standards analytiques des xénobiotiques. Les capacités analytiques requises pour effectuer une analyse de salive sont comparables à celles requises pour la recherche de drogue dans le sang; cependant, il y a lieu de considérer que les échantillons de salive sont généralement beaucoup moins volumineux que les échantillons sanguins et que la probabilité de pouvoir répéter les analyses est donc beaucoup plus faible. Une prudence toute particulière doit être observée en ce qui concerne l'emploi des méthodes de confirmation désignées pour d'autres matrices tenant compte du fait que les valeurs des seuils analytiques (*cut-off)* peuvent être différentes pour la salive. Pour l'instant, il n'y a pas de consensus sur l'emploi de valeurs seuil pour la confirmation des substances illicites dans la salive.

2. La sueur

L'homme possède plusieurs millions de glandes sudoripares réparties sur toute la surface du corps à l'exception du bord des lèvres, des mamelons et de certaines parties des organes génitaux externes. On distingue deux types de glandes sudoripares, les eccrines et les apocrines.

Les glandes sudoripares eccrines sont de loin les plus nombreuses et se localisent essentiellement sur la paume des mains, sur la plante des pieds et sur le front. Chacune d'elle est une glande simple, tubuleuse et en spirale. La secrétion des glandes eccrines, la sueur ou transpiration, est une solution aqueuse hypotonique, dérivée du plasma sanguin par filtration passive. La sueur est composée à 99 % d'eau et d'électrolytes, représentés surtout par les ions sodium et chlorure (qui confèrent à la sueur une légère saveur salée) et en proportion moindre, les ions potassium, calcium et magnésium. L'acide lactique est le principal composé organique présent dans la sueur. Le pH de la sueur varie entre 3,8 et 6,5, en relation étroite avec la quantité d'acide lactique excrété.

Les glandes sudoripares apocrines sont situées dans une large mesure au niveau des régions axillaires et ano-génito-périnéale. Elles sont plus grosses que les glandes eccrines et leur conduit excréteur débouche dans un follicule pileux. Outre les composants de base identiques à ceux de la sueur des glandes eccrines, les secrétions des glandes apocrines contiennent des molécules organiques (lipides et protéines).

Les rôles physiologiques des glandes eccrines sont la thermorégulation, l'hydratation de la peau et une composante immunologique. Les glandes apocrines n'interviennent pas dans la dissipation de la température corporelle.

La quantité de sueur produite par jour de façon continuelle varie en fonction de la température ambiante, de la température corporelle et du degré d'humidité de l'environnement. En cas d'effort intense, la production de sueur peut atteindre 1 à 3 litres par heure.

Depuis 1911, les scientifiques ont eu connaissance de l'excrétion des xénobiotiques dans la sueur, mais jusqu'à ces dernières années personne n'avait réussi à développer une solution pratique au recueil de la sueur avant l'analyse. Afin de collecter de larges volumes de sueur, plusieurs auteurs ont proposé des stimulations thermiques ou pharmacologiques, avec, par exemple, de la pilocarpine. La littérature rapporte également des systèmes composés de bandages occlusifs constitués d'une à trois couches de papier filtre ou de pièces de coton, de gaze ou de tissus. En utilisant ces systèmes de recueil faits maison, il a été possible d'identifier des médicaments et des stupéfiants comme la quinine, l'antipyrine, l'acide salicylique, l'éthanol, la méthadone, le phénobarbital ou encore la phencyclidine.

La révolution technologique est apparue sur le marché avec l'approbation par la Food and Drug Administration américaine d'un patch collectant la sueur, développé par les laboratoires PharmChem (Menlo Park, CA). Les composants liquides et non volatils de la sueur sont capturés par une membrane absorbante de 14 cm^2, située au centre du patch et recouverte d'un film transparent assurant le maintien sur la peau et une protection contre les contaminations de l'environnement. Seuls peuvent diffuser à travers ce film, l'eau et le dioxyde de carbone afin de laisser la peau saine. Sur une période de plusieurs jours, la sueur va se fixer sur la membrane absorbante, soit environ 300 µl/jour, se concentrer lentement et les xénobiotiques présents seront retenus. Afin d'être conforme avec les procédures de qualité, un numéro d'identification est imprimé sur chaque patch.

Selon la période souhaitée, le patch peut être porté de 1 à 10 jours, soit au niveau du flanc, soit sur les régions bicipitales ou scapulaires après désinfection par un coton imbibé d'isopropanol à 70 %. Après retrait du patch, la membrane absorbante est conservée à – 20 °C.

Les xénobiotiques peuvent être extraits après incubation dans un mélange tampon-surfactant, tampon-méthanol ou tout simplement dans du méthanol. Par méthode immunochimique (Elisa), il est possible d'effectuer un screening directement sur le mélange d'extraction; le couplage CPG/SM, plus sensible et surtout plus spécifique, nécessitera une étape complémentaire de préparation.

Des études contrôlées d'excrétion après administration de cocaïne, d'héroïne, de méthadone, de codéine et de phénobarbital, de MBDB et enfin de diazépam ont été réalisées. Une quantité de 1 à 5 mg de cocaïne ingérée est décelable dans la sueur.

Les xénobiotiques apparaissent rapidement dans la sueur, parfois même à la première heure, pour les molécules basiques. En fonction de la demi-vie d'élimination du xénobiotique, l'excrétion sudorale est complète en 24 heures (cocaïne), 36 heures (dérivés de l'ecstasy) ou encore 48 heures (codéine). La concentration de la molécule mère est toujours largement supérieure à celles de ses métabolites. Ainsi, même pour l'héroïne, dont la demi-vie plasmatique est de l'ordre de quelques minutes, il y a prédominance du composé primaire. C'est également le cas pour la cocaïne, qui est retrouvée à des concentrations très supérieures à celles de la benzoylecgonine ou de l'ecgonine méthylester.

Si l'on détecte aisément la cocaïne, les amphétamines, y compris les dérivés de l'ecstasy ainsi que les opiacés et leurs métabolites, dans la sueur, les concentrations des benzodiazépines ou des marqueurs du cannabis sont particulièrement faibles, probablement du fait d'un pKa et d'une liposolubilité peu favorables à la diffusion passive depuis le plasma de ces composés. L'identification et la quantification de ce type de composés nécessitent l'emploi de techniques très sensibles, comme la GC/MS avec ionisation chimique négative ou la GC/MS/MS.

Cette approche, très intéressante sur le plan pharmacologique, n'est pas applicable dans le cadre de la conduite automobile. En effet, il faut porter pendant plusieurs heures un patch afin de recueillir une quantité de sueur suffisante pour être soumise à l'analyse. En outre, la préparation de l'échantillon est longue, ce qui interdit un résultat immédiat.

Dans le cadre d'une étude contrôlée après administration orale de 60 mg de codéine à 6 sujets, il a été observé que le Drugwipe donnait encore des résultats positifs 24 heures après l'absorption de l'opiacé. Dans ces conditions, la sueur étant un milieu cumulatif, un résultat positif ne permet pas de conclure à une conduite automobile sous influence, mais seulement à une exposition récente.

Par ailleurs, le Drugwipe est un test dont les anti-corps sont dirigés vers les métabolites et non les substances mères. Or, toutes les études avec les patchs ont montré que la sueur excrète essentiellement la molécule mère. Dans le cas du cannabis, le Drugwipe est dirigé vers l'acide carboxylique du THC (THC-COOH) alors que la sueur ne contient que le THC, et encore à des concentrations très faibles.

Il n'a jamais été retrouvé de THC-COOH dans la sueur. On comprend alors aisément que toutes les études sérieuses ont montré à ce jour l'inaptitude du Drugwipe à caractériser par la sueur les usagers de cannabis.

Il n'existe donc pas, à ce jour, d'outil rapide et performant pour mettre en évidence, à partir de la sueur, une conduite automobile sous influence sur le site de l'infraction.

Conclusion

Le tableau 1 reprend les principales propriétés de chaque échantillon biologique.

L'ensemble de la communauté scientifique s'accorde à considérer le sang comme le milieu de choix pour caractériser une éventuelle conduite automobile sous influence d'un xénobiotique, bien qu'à ce jour, il soit admis qu'il est impossible de fixer un seuil définitif de concentration au-delà duquel la vigilance est modifiée.

L'expertise judiciaire ne peut se faire valablement qu'à partir du sang, analysé par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse. En terme de prévention, il serait illusoire de ne s'intéresser qu'aux accidents corporels, voire seulement mortel. Dans ces conditions, du fait de son caractère invasif et de la lourdeur analytique nécessaire, le sang pourrait être substitué par la salive, au bord de la route. Les fabricants de réactifs immunologiques ont le savoir-faire pour proposer des kits dirigés vers les substances mères et non plus exclusivement vers les métabolites urinaires. Ces modifications importantes sont bien sûr tributaires d'un marché potentiel. Qui va risquer en cette fin de millénaire de briser son équilibre financier? Le poids majeur des analyses urinaires aux Etats-Unis, véritablement institutionnalisés (Executive Order 86-12564, *NIDA guidelines*) où des centaines de milliers de tests sont pratiqués chaque jour conditionne la pratique quotidienne de tous les laboratoires en Europe. Les seuils de positivité (*cut-off*), les composés (Nida 5) et l'absence d'intérêt pour les problèmes européens (ecstasy non reconnu par les tests) nous sont imposés par la loi du marché mondial.

Il est dommage que ce problème de santé publique qu'est la conduite automobile sous influence passe par des considérations économiques, à la fois du côté des industriels qui ne donnent pas aux analystes les outils nécessaires, mais aussi du côté des pouvoirs publics qui ne semblent pas, du moins pour l'instant, avoir la volonté de mettre en place des opérations de prévention et de contrôle (opération coup de poing sous la responsabilité d'un procureur), comme c'est depuis longtemps le cas pour l'alcool.

Bibliographie

- E.J. Cone, «Saliva testing for drugs of abuse», *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* 6, 94, 1993, pp. 91-127.

- E.J. Cone, M.J. Hillsgrove, A.J. Jenkins, R.M. Keenan, W.D. Darwin, «Sweat testing for heroin, cocaine and metabolites», J Anal Toxicol, 18, 1994, pp. 298-305.

- E.J. Cone, J.M. Oyler, W.D. Darwin, «Cocaine disposition in saliva following intravenous, intranasal, and smoked administration», J Anal Toxicol, 21, 1997, pp. 465-475.

- M. Deveaux, P. Marquet, P. Kintz, P. Mura, G. Pepin, «Conduite automobile et stupéfiants: procédures de dépistage et de dosage, accréditation des laboratoires», Toxicorama, 8, 1996, pp. 11-16.

- K.M. Höld, D. de Boer, J. Zuidema, R.A.A. Maes, «Saliva as an analytical tool in toxicology», Int. J. Drug Testing (http://big.stpt.usf.edu/~journal/volume1.html), 1, 1996, pp. 1-29.

- O.R. Idowu, B. Caddy, «A review of the use of saliva in the forensic detection of drugs and other chemicals», J Forensic Sci Soc, 22, 1982, pp. 123-135.

- A.J. Jenkins, J.M. Oyler, E.J. Cone, «Comparison of heroin and cocaine concentrations in saliva with concentrations in blood and plasma», J Anal Toxicol, 19, 1995, pp. 359-374.

- P. Kintz, A. Tracqui, C. Jamey, P. Mangin, «Detection of codeine and phenobarbital in sweat collected with a sweat patch», J Anal Toxicol, 20, 1996, pp. 197-201.

- P. Kintz, «Drug testing in addicts: a comparison between urine, sweat and hair», Ther Drug Monit, 18, 1996, pp. 450-455.

- P. Kintz, R. Brenneisen, P. Bundeli, P. Mangin, «Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program», Clin Chem, 43, 1997, pp. 736-739.

- P. Kintz, A. Tracqui, B. Ludes, «Place de la salive dans le dépistage des conduites toxicophiles», Journal de médecine légale – Droit médical, 40, 1997, pp. 273-277.

- P. Kintz, «Excretion of MBDB and BDB in urine, saliva, and sweat following single oral administration», J Anal Toxicol, 21, 1997, pp. 570-575.

- P. Kintz, V. Cirimele, B. Ludes, «Codeine testing in sweat and saliva with the Drugwipe», Int J Legal Med, 111, 1998, pp. 82-84.

- V. Kircher, H. Parlar, «Determination of delta9-tetrahydrocannabinol from human saliva by tandem immunoaffinity chromatography-high performance liquid chromatography», J Chromatogr B, 677, 1996, pp. 245-255.

- P. Marquet, H. Lotfi, J. Debord, L. Merle, G. Lachâtre, «Dosage des drogues illicites dans la salive: revue de la littérature», Toxicorama, 8, 1996, pp. 5-14.

- P. Mura, P. Kintz, Y. Papet, G. Ruesch, A. Piriou, «Evaluation de six tests rapides pour le dépistage du cannabis dans la sueur, la salive et les urines, Acta Clin. Belgica, 54, 1999, pp. 34-37.

- J.W. Paxton, «Measurement of drugs in saliva: a review», Meth Find Exp Clin Pharmacol, 1, 1979, pp. 11-21.

- N. Samyn, B. Viaene, C. van Haeren, «On-site testing of saliva for drugs of abuse in suspected drug users with Drugwipe and determination of drug concentrations in saliva and urine by GC/MS», Proceedings of the SOFT-TIAFT Congress, 1998, Albuquerque, 5-9 octobre, extrait n° 79.

Tableau 1. Comparaison entre urine, salive, sueur et cheveux dans les procédures de dépistage des conduites toxicophiles

Paramètres	Urine	Salive	Sueur
Fenêtre de détection	2-3 jours	quelques heures	1 semaine
Technique analytique	immunochimie + GC/MS	GC/MS	GC/MS
Durée de l'analyse	+ ou +++	+++	+++
Coût	+ ou +++	+++	+++
Type de mesure	incrémentale	incrémentale	cumulative
Adultération	possible	difficile	difficile
Conservation	-20 °C	-20 °C	-20 °C
Recueil	invasif	peu invasif	non invasif
Analyte majeur	métabolites	substance mère	substance mère
Concentration dans le milieu	élevée	faible	faible

Le dépistage de drogue sur la route, les tests sur le terrain pour constater la déficience et la reconnaissance et l'évaluation de drogue: programme et expériences

par D^r^ Rob Tunbridge, Laboratoire de recherche sur les transports, Crowthorne, Royaume-Uni

et David Rowe, commissaire de police, Division de la sécurité routière, ministère de l'Environnement, des Transports et des Régions, Londres, Royaume-Uni

Contrôles routiers pour le dépistage de l'usage de drogue – La situation actuelle

L'altération des facultés des conducteurs due à la drogue constitue la grande préoccupation en termes de sécurité routière et de répression policière. On peut dire que s'il n'y a pas d'altération des facultés des conducteurs la question de la sécurité routière ne se pose pas.

En Europe, la plupart des fonctionnaires de police n'ont guère été formés à reconnaître les signes de la drogue au volant. Il n'existe pas, en matière de dépistage rapide de l'usage de drogue chez les conducteurs, de dispositifs comparables à ceux qu'on utilise pour la détection de l'alcool. Par voie de conséquence, le nombre des condamnations pour infraction routière consécutive à une conduite sous l'emprise de la drogue demeure très faible par rapport à celui des condamnations pour infraction due à une conduite sous l'emprise de l'alcool. Il est très probable qu'un grand nombre des conducteurs dont les facultés sont altérées par l'usage de la drogue ne sont pas détectés par la police.

Pour illustrer ce problème, je voudrais prendre l'exemple de la situation qui est caractéristique du Royaume-Uni et que j'appelle «la partie émergée de l'iceberg». En 1997, en Angleterre et au pays de Galles, la police, dans le cadre de la lutte contre l'alcool au volant, a soumis à l'alcootest plus de 860 000 conducteurs; 12 % d'entre eux (103 000) se sont révélés positifs ou ont refusé de se soumettre au contrôle. On a donc dénombré 757 000 conducteurs contrôlés négatifs. En supposant que 1 % seulement de ces conducteurs étaient sous l'influence de la drogue, il devrait y avoir chaque année plus de 7 500 cas donnant lieu à une analyse et à des poursuites. Or, en 1997, le nombre des demandes d'analyse présentées par la police au service scientifique médico-légal n'a concerné que 1 800 cas.

Les études menées par le ministère et par le service scientifique médico-légal indiquent que le pourcentage de conducteurs conduisant sous l'influence de drogues illicites est sans doute de l'ordre de 18 %. Si l'on se base sur les chiffres enregistrés au Royaume-Uni en 1997 lors des opérations de détection de l'alcool, le nombre de personnes conduisant sous l'emprise de la drogue serait de l'ordre de 130 000 par an. Or, la police détecte moins de 2 % de ce total.

Dispositifs pour la détection de l'usage de drogue par les conducteurs

Il est nécessaire de mettre au point, à l'intention de la police de la route, un dispositif efficace de détection de l'usage de drogue par les conducteurs. On pourrait utiliser, en principe, quatre liquides organiques pour obtenir des échantillons: le sang, l'urine, la sueur ou la salive. Le sang et l'urine conviennent l'un et l'autre pour la circonstance, mais les prélèvements de ces deux liquides sont malaisés à effectuer et à traiter au bord de la route. En revanche, les prélèvements de sueur et de salive présentent

l'avantage d'être faciles à opérer et d'être «non invasifs». Il serait utile qu'on puisse rédiger, d'un commun accord, une description technique d'un dispositif de détection de l'usage de drogue par les conducteurs destiné à être utilisé par la police. Le dispositif en question devrait présenter les caractéristiques suivantes: être précis et fiable, facile à utiliser en toute circonstance, robuste, capable de détecter les principaux groupes de drogues illicites, ainsi que certaines drogues licites, et ce au coût le plus bas possible.

Au cours de 1998, quatre corps de police au Royaume-Uni ont évalué deux dispositifs de dépistage de la drogue au volant. L'un était fourni par Drugwipe Ltd. et utilisait la sueur pour les prélèvements. L'autre, fabriqué par la Cozart Bioscience Ltd., utilisait la salive. L'évaluation portait sur les aspects pratiques des contrôles que la police pourrait être appelée à effectuer et sur les réactions du public face aux méthodes de détection envisagées.

Les résultats de plus de 5 000 tests ont montré que les deux méthodes de prélèvement seraient d'une utilisation aisée pour la police de la route. De son côté, le public s'est déclaré massivement favorable (à plus de 90 %) au principe d'une détection de l'usage de drogue chez les conducteurs, ainsi qu'aux méthodes de détection envisagées.

Formation permettant de reconnaître un conducteur drogué (Drug Recognition Training – DRT) et test d'altération des facultés pratiqué sur place (Field Impairment Testing – Fit)

On pourrait améliorer la capacité de la police à reconnaître un conducteur drogué, si l'on dispensait aux fonctionnaires de police une formation adéquate (la DRT) et si on leur apprenait à pratiquer sur place des tests (Fit) d'altération des capacités. La DRT et le Fit font tous deux partie du Programme d'expertise pour la détection de la drogue au volant (programme DRE – Drug Recognition Expert), utilisé par la police américaine dans certaines circonscriptions judiciaires.

Il est probable qu'une formation DRT pourrait être dispensée à de nombreux fonctionnaires de police, qui pourraient ainsi détecter les personnes qui sont sous l'influence de stupéfiants sans qu'il soit nécessaire de modifier la législation existante applicable à la police. Posséder une telle compétence pourrait être utile à tous les fonctionnaires de police, et pas simplement à ceux qui auraient pour tâche de détecter la drogue au volant (par exemple fonctionnaires préposés à la garde à vue, fonctionnaires procédant à l'interrogatoire de suspects, policiers en patrouille, etc.). La police nationale suédoise utilise ces techniques efficacement.

Quant au Fit, il consiste à soumettre un conducteur suspect à un certain nombre de tests, pratiqués séance tenante, afin de déterminer si l'intéressé est ou non diminué dans ses facultés pour cause d'usage de drogue. Peut-être devra-t-on modifier la législation pour permettre aux fonctionnaires de police de contraindre un suspect à subir ces tests.

Au Royaume-Uni, on a perfectionné plusieurs composantes du programme DRE dans l'optique d'une éventuelle utilisation par les forces de police britanniques. C'est ainsi qu'on dispose d'une DRT qui permet d'identifier les signes et les symptômes de telle ou telle catégorie de stupéfiants: cannabis, substances opiacées, stimulants du système nerveux central, dépresseurs du système nerveux central, hallucinogènes et inhalants. En outre, on apprendra aux policiers à appliquer et évaluer certaines techniques relevant du Fit: il s'agit de l'examen des pupilles, du test de Romberg, du test déambulatoire (on fait aller et venir le suspect), du test de la station sur une jambe et du test du contact naso-digital.

Ces méthodes seront évaluées par six corps de police dans le courant de juin 1999 et elles s'appuieront sur 300 cas réels de conduite sous l'influence de drogue. Si ces techniques s'avèrent viables, on espère pouvoir les intégrer à la formation de l'ensemble des forces de police au Royaume-Uni.

Conclusions

La police a besoin d'un dispositif de détection de l'usage de drogue par les conducteurs; ce dispositif, qui sera utilisé lors des contrôles routiers, doit être précis, fiable, robuste, facile à utiliser et d'un prix compétitif.

Il faudrait mettre au point, à l'intention de la police, un système qui soit capable de détecter une altération de la capacité à conduire.

Il faudrait apprendre aux fonctionnaires de police à reconnaître les signes d'une consommation de drogue chez un conducteur et, le cas échéant, à pratiquer le test de l'altération des facultés afin de déterminer, sur les lieux mêmes du contrôle, si le conducteur est ou non diminué dans ses facultés.

L'altération des facultés des conducteurs demeure le principal problème en matière de conduite automobile et de sécurité routière.

Comment peut-on expliquer la fréquence élevée de détection de drogue chez les conducteurs norvégiens?

Par le professeur Jørg Mørland, Institut médico-légal national de toxicologie, Oslo, Norvège

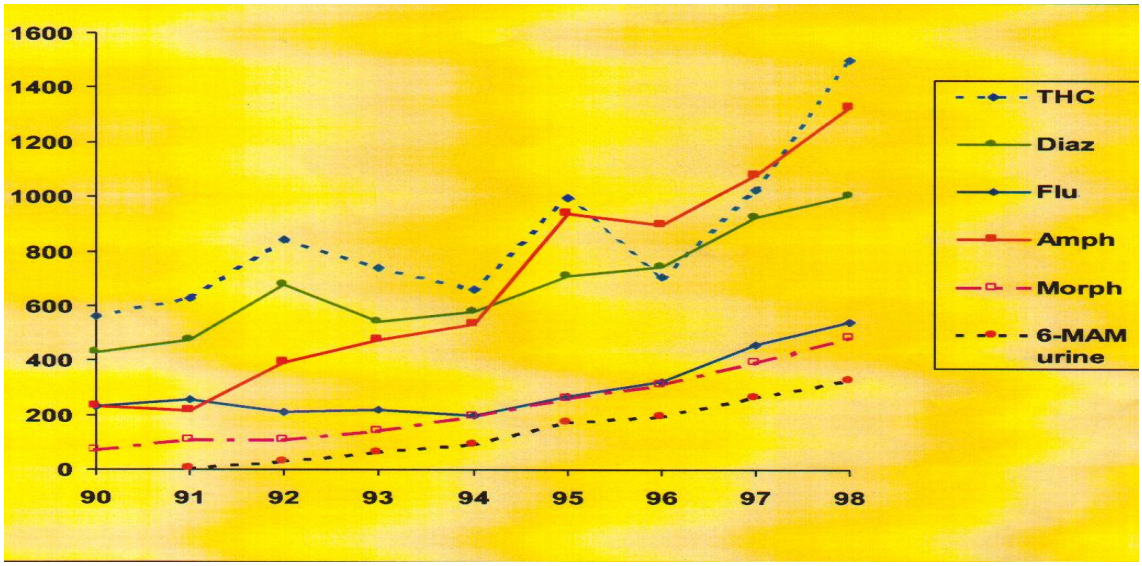
Au cours de l'année 1998, la police norvégienne a fait analyser par l'Institut médico-légal national de toxicologie (IMNT) des échantillons sanguins prélevés sur 4 336 personnes suspectées de conduire sous l'emprise de drogue. Pour 2 951 de ces échantillons, soit 68 %, les examens ont révélé la présence d'une ou plusieurs drogues (tableau 1).

Tableau 1. Fréquence de détection sur les prélèvements sanguins de conducteurs soupçonnés d'être sous l'emprise de drogue

	Nbre d'échantillons	%
Drogue uniquement	2404	55,4
Alcool uniquement (< 0,05 %)	887	20,5
Drogue et alcool	547	12,6
Aucune substance détectée	498	11,5
Total	4336	100

Le nombre moyen de drogues différentes détectées dans les échantillons positifs étaient de 2,6 (voir tableau 1). Les drogues détectées le plus fréquemment étaient le tétrahydrocannabinol, les amphétamines et les benzodiazépines (principalement le diazépam et le flunitrazépam) (Figure 1). A en juger par les concentrations mesurées en présence d'autres drogues dans les échantillons concernés, l'absorption de benzodiazépines ne semblait que très rarement obéir à une prescription médicale. Une alcoolémie supérieure à la limite légale de 0,05 % (0,5 pour mille) a été détectée dans 33 % des échantillons (tableau 1).

Figure 1 : Drogues détectées dans des échantillons de sang de Conducteurs arrêtés en Norvège



Parmi les échantillons transmis à l'IMNT lorsque les soupçons de la police portaient en premier lieu sur une éventuelle alcoolémie des conducteurs interceptés, 263 échantillons, soit 9,5 %, ont révélé la présence de drogue, associées dans la plupart des cas à l'alcool (tableau 2).

Tableau 2. Fréquence de détection sur les prélèvements sanguins de conducteurs soupçonnés d'alcoolémie

	Nbre d'échantillons	**%**
Drogue uniquement	42	1,5
Alcool uniquement (<0,05%)	2124	76,8
Drogue et alcool	221	8,0
Aucune substance détectée	378	13,7
Total	2765	100

Au total, le dépistage de drogue a eu des résultats positifs dans 3 214 des 7 101 cas pour lesquels la police avait suspecté une altération de l'aptitude à la conduite, toutes causes confondues (drogue et alcool) et ordonné en conséquence des analyses de sang.

En 1998, le taux annuel de détection de drogue chez les conducteurs s'est élevé ainsi à environ 750 cas pour un million d'habitants (c'est-à-dire 3 214 divisés par la population norvégienne totale, soit 4,3 millions d'habitants). Ce taux s'avère beaucoup plus élevé que la plupart (sinon la totalité) des pays européens. Les chiffres correspondants pour la Finlande, la Suède, le Danemark et le Royaume-Uni – qui s'établissaient respectivement à 190, 90, 40 et 30 – sont nettement inférieurs aux taux enregistrés en Norvège.

Les statistiques sur l'abus de drogue en général ne placent pas la Norvège dans une position particulière parmi les pays européens. A première vue, rien ne permet de penser que les consommateurs de drogue prennent plus fréquemment le volant en Norvège que dans les autres pays, même si cette possibilité ne peut être complètement exclue étant donné le manque d'information à ce sujet. Si nous partons de l'hypothèse qu'il n'y a pas de différence majeure sur ce point entre la Norvège et les autres pays européens, les raisons expliquant l'importance du taux de détection en Norvège sont peut-être à rechercher dans la manière dont y est traitée la conduite sous l'emprise de drogue.

En Norvège, comme dans la plupart des autres pays européens, des procédures pour conduite sous l'emprise de drogue sont entamées lorsque les forces de l'ordre sont appelées sur les lieux d'un accident, lorsque la police ou des particuliers sont témoins de conduite imprudente ou dangereuse, ou encore lors de contrôles de vitesse ou d'alcoolémie sur la voie publique. Aucune donnée n'indique que ces confrontations entre conducteurs et agents de police sont beaucoup plus fréquentes en Norvège que dans d'autres Etats; par contre, il semble qu'elles aboutissent beaucoup plus souvent que dans n'importe quel autre pays à une demande de prélèvement sanguin pour le dépistage de drogue.

Les dispositions pertinentes de la loi norvégienne relative à la circulation routière ne semblent pas à première vue impliquer le prélèvement fréquent d'échantillons sanguins sur les conducteurs soupçonnés d'avoir consommé des drogues. Dans la pratique, cette loi exige qu'une altération de l'aptitude à la conduite soit prouvée, dans chaque cas, à partir des résultats de la concentration sanguine de drogue, des conclusions d'un examen clinique pratiqué par un médecin de la police ou un autre médecin «neutre» peu de temps après l'incident, des dépositions de témoins et d'autres éléments de preuve, et, souvent, que les résultats des analyses sanguines et des examens cliniques soient confirmés par un expert assermenté. Aucune loi spécifique ne déclare l'usage de quelque drogue que ce soit incompatible avec la conduite d'un véhicule, de même qu'il n'existe aucune limite légale de concentration sanguine (excepté pour l'alcoolémie, limitée à 0,05 %). Toutefois, des routines ont été mises en place au cours des dix à vingt dernières années. Les prélèvements sanguins sont toujours analysés par le même laboratoire national (IMNT); celui-ci utilise un protocole d'analyse assez large qui intègre la plupart des drogues donnant lieu à des pratiques toxicomaniaques et certaines drogues à usage médical, susceptibles d'altérer facilement l'aptitude à la conduite. Comme il est de règle en toxicologie médico-légale, lorsque les tests de dépistage sont positifs, ils doivent être confirmés par CPG/SM ou par d'autres méthodes, et une quantification des substances détectées est pratiquée. Les résultats de ces analyses et ceux des examens cliniques (qui sont envoyés à l'IMNT avec les échantillons sanguins) sont transmis à la police, accompagnés de recommandations quant à l'opportunité de classer les affaires ou d'y donner suite. La police peut alors demander un rapport d'expertise officiel sur les probabilités d'altération comportementale pour chaque cas particulier, après avoir fourni à l'IMNT d'autres informations sur les cas en question. Le rapport d'expertise conclut à la probabilité d'altération en fonction de l'échelle suivante: «pas d'altération», «une altération ne peut être exclue», «altération possible», «altération probable» et «altération avérée». Il appartient alors à la police de transmettre le dossier à la justice. L'expérience montre que le conducteur est très souvent condamné lorsque le rapport d'expertise conclut à une «altération probable» ou une «altération avérée» (plus de 90 % des cas dans lesquels l'une de ces conclusions a été rendue aboutissent à une condamnation).

Pour le ministère public, il s'agit là d'une réaction positive. Il apparaît en effet que le système fonctionne, c'est-à-dire que les personnes convaincues de conduite dans un état altéré sont condamnées, très souvent à des peines de prison ferme. On peut y voir un processus d'apprentissage. La police apprend que son action a des chances d'aboutir dans les affaires répondant à certains critères tout au long de la procédure. Ainsi, même un système comme celui de la Norvège, plutôt compliqué et basé sur l'altération de l'état individuel, peut, grâce à la manière dont son fonctionnement a été formalisé, entraîner un abaissement du seuil à partir duquel la police poursuit ses investigations lorsqu'elle suspecte un individu de conduire sous l'emprise de drogue. Il est fort possible que d'autres méthodes, fondées par exemple sur l'existence de lois spécifiques, soient également efficaces pour augmenter le taux de détection de drogue. Le facteur déterminant ne réside probablement pas dans le système juridique mais dans les résultats que la police peut escompter obtenir en pratique grâce au procédé appliqué.

Nous exposons ci-dessous d'autres points susceptibles de jouer un rôle dans la détection de conducteurs sous l'emprise de drogue en Norvège.

Le seuil fixé pour la pratique de contrôle d'alcoolémie par éthylomètre sur la voie publique est très bas. Il n'est en général pas nécessaire de soupçonner un état d'ivresse pour ce faire. La pratique de ce test donne à l'agent de police le temps de parler avec le conducteur et d'observer son comportement ainsi que sa réaction au résultat de l'alcootest. A partir de ces informations et de ces observations, l'agent de police est souvent amené à soupçonner une absorption de drogue; il peut alors prendre d'autres mesures, par exemple, emmener le suspect au poste de police pour un interrogatoire plus poussé, qui débouchera éventuellement sur un prélèvement sanguin et un examen clinique.

Selon les statistiques de la police norvégienne, environ un million d'alcootests sont pratiqués chaque année, ce qui semble être beaucoup pour une population d'environ 4,3 millions d'habitants. Le taux de dépistage positif lors des contrôles d'alcoolémie est faible: en 1998, le nombre de cas détectés a été d'environ 5 000, examens sanguins et tests par éthylomètre confondus (pour 3 214 cas de conduite sous l'emprise de drogue). Le rapport entre les cas de conduite en état d'ivresse et de conduite sous l'emprise de drogue est donc faible: il est d'environ 1,5 – ce qui est beaucoup moins que dans d'autres pays nordiques, par exemple, où ce ratio est de 15-100. La fréquence des contrôles d'alcoolémie en Norvège est un facteur d'explication possible au grand nombre de cas de conduite sous l'emprise de drogue qui sont détectés; elle contribue sans doute à prévenir la conduite en état d'ivresse. A l'heure actuelle, la police norvégienne n'utilise aucun appareil de dépistage des drogues lors des contrôles qu'elle effectue sur la voie publique. Les policiers souhaitent cependant disposer de ce type d'appareils, car ils ont le sentiment de laisser passer, par manque de certitude, des cas qui devraient être poursuivis.

Les policiers norvégiens ne sont pas particulièrement bien formés à l'identification des symptômes liés à l'usage de drogue. Des programmes spécialisés de formation à la reconnaissance des drogues ont été introduits récemment, mais la plupart des policiers n'en ont pas bénéficié lors de leur formation initiale. La présence de drogue est tout de même prouvée dans 68 % des prélèvements sanguins envoyés à l'analyse, ce qui indique un degré plutôt élevé de pertinence des soupçons de la police. Il est intéressant de constater que cette aptitude à détecter correctement les cas suspects est à peine moins bonne en Norvège que dans d'autres pays nordiques, où les analyses de sang sont beaucoup moins fréquentes et pratiquées de manière sans doute beaucoup plus sélective.

Quels sont les autres éléments qui expliquent la fréquence et la validité des soupçons de la police? Deux facteurs jouent un rôle potentiellement important. Les forces de police norvégienne sont organisées en unités de taille plutôt réduite qui connaissent en général très bien la population locale. Cette police locale est souvent au courant des problèmes de drogue que les suspects ont eus par le passé. Le taux de récidive étant élevé en pareil cas, il est probable que la police sache, lorsqu'elle voit ces personnes au volant de leur véhicule, qu'elles ont des antécédents et sont susceptibles d'être de nouveau sous l'emprise de drogue. Il lui suffit alors d'observer leur manière de conduire pour nourrir des soupçons. Un autre facteur d'explication réside dans les procédures habituelles mises en place par la police au cours des dernières années. A chaque fois que des comprimés, du cannabis ou d'autres drogues sont trouvés dans un véhicule ou sur une personne, le conducteur est automatiquement soupçonné d'être sous l'emprise de drogue, qu'il présente ou non des signes visibles d'une altération du comportement. Cette procédure a conduit au dépistage automatique de toute une série de drogues dans les échantillons de sang prélevés sur ces conducteurs.

La police porte une attention nettement accrue à la conduite sous l'emprise de drogue depuis que l'IMNT a mis en évidence la prévalence très élevée de drogue dans les échantillons sanguins qui lui étaient soumis en raison de soupçons portant au départ uniquement sur une éventuelle alcoolémie. Ces études, qui datent de la fin des années 80, ont amené la police à ne plus s'intéresser uniquement à l'alcoolémie comme cause d'altération de l'aptitude à la conduite. Elles ont été rendues possibles du fait que la seule méthode autorisée à l'époque pour prouver la conduite en état d'ivresse était la pratique d'analyse de sang. Puis l'examen par éthylomètre a été reconnu comme méthode officielle de dépistage en 1995; environ la moitié des cas de conduite en état d'ivresse enregistrés en Norvège sont désormais détectés par cette seule méthode. Nous avons pu constater, dans certaines circonscriptions de police, que l'introduction de l'éthylomètre a eu des conséquences négatives sur le dépistage de l'usage de drogue chez les conducteurs. Il semble que certains policiers, cherchant avant tout à savoir si les conducteurs contrôlés sont souvent sous l'emprise de l'alcool, oublient que la baisse de la vigilance de ces conducteurs peut avoir d'autres causes. Ce problème semble maintenant avoir été partiellement résolu, mais il montre bien qu'une attention trop grande portée à l'alcool risque d'être contre-productive pour le dépistage des drogues au volant. La manière dont les agents de police sont formés à l'utilisation de l'éthylomètre semble donc un facteur décisif à cet égard.

Il faut aussi mentionner le rôle des médecins travaillant avec la police dans le système norvégien. En procédant à l'examen clinique et en consignant toutes les observations de nature toxicologique faites dans les instants qui suivent l'appréhension du conducteur, ils ajoutent souvent de précieux éléments au dossier, notamment en précisant quelles analyses supplémentaires devraient être demandées à l'IMNT. Il faut également souligner que ces médecins n'ont pas la possibilité de classer une affaire au motif que le conducteur présente par exemple une ordonnance pour une drogue déterminée ou fait valoir que les drogues éventuellement détectées chez lui sont attribuables à un traitement médical. Le médecin intervient en tant que consultant auprès de la police; il fait des observations et des constatations mais n'a pas le droit d'exercer une influence sur la manière dont l'affaire doit être ensuite traitée.

Le médecin qui pratique ces examens reçoit de la police des honoraires allant de 45 à 80 euros pour chaque cas, en fonction de l'heure à laquelle il est appelé à intervenir. La police ne prend pas les frais en charge, qu'ils soient liés au dépistage de drogue sur les échantillons sanguins ou aux recommandations émises par l'IMNT quant aux suites à donner aux cas examinés. Si la police demande un rapport d'expertise officiel à l'IMNT, les honoraires de ce dernier s'élèvent à environ 340 euros. Le coût des analyses pratiquées par l'IMNT, qui n'est pas pris en charge par la police mais financé par le budget de l'institut, s'élève en moyenne à 300 euros par cas. Le coût total pour chaque cas est donc d'environ 700 euros, cette somme couvrant la prise de sang, l'examen clinique, le dépistage de drogue, les analyses de confirmation, le compte rendu contenant les résultats des analyses et l'évaluation préliminaire, ainsi que le rapport d'expertise officiel. Les dépenses engagées par la police et les instances judiciaires viennent s'ajouter à cette somme. A l'évidence, les coûts pris en charge par la police n'ont pas entravé la généralisation de ce système.

En conclusion, il n'est pas facile d'identifier dans le système norvégien un facteur unique expliquant le taux élevé de détection des cas de conduite sous l'emprise de drogue. Le point le plus important est peut-être ce que l'on peut appeler, pour résumer, l'expérience. De par son fonctionnement, ce système a montré à la police que l'analyse des prélèvements sanguins pratiqués sur les personnes appréhendées pour conduite en état d'ivresse révèle très souvent la présence de drogue et que l'aptitude à la conduite de ces personnes en est souvent altérée.

De plus, il apparaît que les tribunaux traitent les affaires qui leur sont transmises à la satisfaction générale de la police.

Un autre problème très important, toujours en attente d'une solution, est d'empêcher les personnes sous l'emprise de drogue de reprendre le volant. En dépit du taux élevé de dépistage positif en Norvège, il apparaît que 60 % des conducteurs dépistés sont de nouveau appréhendés pour le même type de délit dans les trois années qui suivent. La plupart de ces personnes ayant apparemment des problèmes de toxico-dépendance, il semble que c'est en s'attaquant à ces problèmes qu'on aura le plus de chances de voir diminuer le taux de récidive de conduite sous l'emprise de drogue.

Dépister la drogue au volant
Allemagne: programme de formation pour fonctionnaires de police

par D^r^ Sabine Joó, Institut fédéral de la recherche routière
(Bundesanstalt für Strassenwesen – BAST), Bergisch Gladbach, Allemagne

En vertu de la loi entrée en vigueur pendant l'été 1998 en Allemagne, le conducteur dont l'examen sanguin révèle la présence de substances actives de cannabis, d'héroïne, de morphine, de cocaïne, d'amphétamine et d'amphétamine bricoké (*Designeramphetamin*) commet une infraction au Code de la route qui sera sanctionnée par une amende et une interdiction de conduire. La conduite sous l'emprise de la drogue est ainsi sanctionnée de la même manière que la conduite avec une alcoolémie de 0,8 ‰ (= 80 mg pour 100 ml).

Pour permettre à la police de mieux dépister les conducteurs sous l'emprise de drogue et/ou de médicaments, un programme de formation intitulé «Dépister la drogue au volant» a été élaboré juste un an avant la promulgation de la loi et mis à la disposition des écoles de police des différents länder. Le programme a été mis au point par un groupe d'experts composé de spécialistes de la médecine routière, toxicologues, médecins légistes, juristes, fonctionnaires de police et médecins. Il reprend certains aspects du programme américain DRE (Drug recognition and evaluation programm) – en les adaptant au contexte allemand.

Le programme de formation comprend les volets ci-après:

- introduction/épidémiologie;
- questions juridiques/situation législative;
- effets de la drogue sur le corps humain;
- étude des substances: alcool, cannabis, opiacés, héroïne, stimulants, cocaïne, amphétamine, drogue de synthèse (*Designerdrogen*), hallucinogènes, inhalants, médicaments agissant sur le système nerveux central, effets combinés de drogues illicites et licites;
- soupçons et établissement de preuves par la police.

En plus des drogues proprement dites, le programme porte également sur les psychomédicaments dont l'abus est fréquent, soit parce qu'ils sont consommés par des pharmocodépendants, soit parce qu'ils sont pris comme «drogues de remplacement». La formation insiste tout particulièrement sur le fait que la consommation d'une drogue est plutôt l'exception, la règle étant la polytoxicomanie, c'est-à-dire la consommation simultanée de plusieurs drogues licites et/ou illicites.

Le programme illustre ce point par de nombreux exemples tirés de la réalité de la circulation routière.

Les soupçons et l'établissement de preuves constituent le chapitre le plus important du programme. Il décrit de manière précise les trois étapes ci-après:

- phase 1: le véhicule dans le flux de circulation;
- phase 2: premier contact avec le conducteur;

- phase 3: interrogatoire, rédaction du procès-verbal, tests.

Le groupe d'experts a élaboré à cet effet un formulaire de procès-verbal à remplir par le fonctionnaire de police sur place, ainsi qu'un procès-verbal médical auquel devra répondre le médecin effectuant la prise de sang au poste de police.

Le programme est conçu pour une formation continue de quatre jours. Il s'adresse à des fonctionnaires de police censés transmettre ensuite les connaissances nouvellement acquises aux agents sur place. Dans de nombreux länder, ces formations ont d'ores et déjà eu lieu ou sont prévues.

Le développement et la validation sur le terrain des méthodes d'identification des drogues chez les conducteurs Bilan de l'expérience américaine

par le professeur M. W. Bud Perrine, Addiction Research Institute, South Burlington, Vermont, Etats-Unis

1. Problème

Il est fréquent, hélas, en Europe comme aux Etats-Unis ou dans d'autres pays développés, que des policiers soupçonnent un automobiliste de conduite sous l'emprise de drogue (CSED) sans pouvoir le prouver. Le cas de figure typique est celui de l'automobiliste qui vient d'avoir un accident ou d'être arrêté par la police pour conduite anormale: il ne semble pas en pleine possession de ses moyens mais l'alcootest effectué sur place indique un taux d'alcoolémie nul ou très faible. Un policier expérimenté sera alors amené à soupçonner l'influence de drogues autres que l'alcool tout en ne disposant d'aucun instrument de type éthylomètre pour faire un test sur-le-champ. Dans certains pays, lorsque les policiers ont des raisons de croire qu'un automobiliste est sous l'influence de drogue, ils peuvent exiger qu'un échantillon de sang ou d'urine soit prélevé au poste de police pour analyses, mais le dépistage de drogue est une procédure longue et coûteuse. Dans d'autres pays, ces prélèvements de sang ou d'urine ne peuvent être faits qu'avec le consentement de l'automobiliste, qui est souvent difficile, voire impossible, à obtenir. L'incapacité actuelle à dépister rapidement et sélectivement la présence de drogue frustre tout autant la police que la justice, car de nombreux conducteurs suspectés de CSED ne peuvent être soumis aux tests nécessaires; ils doivent donc être relâchés et restent impunis. Toutefois, pour remédier à cette situation très regrettable, une procédure prometteuse d'évaluation et de classification des drogues (ECD) a été mise en place aux Etats-Unis au cours des quinze dernières années.

2. Origines du programme ECD

Face à la frustration de ne pouvoir identifier et arrêter les personnes conduisant sous l'emprise de drogue, un petit groupe d'officiers de police de Los Angeles (Los Angeles Police Department, LAPD) a entrepris, à la fin des années 70, de mettre au point une procédure d'identification des drogues qui consiste en une série d'examens cliniques et psychophysiques. En suivant cette procédure, un policier expérimenté qui a suivi une formation d'expert en identification des drogues (EID) est en mesure de rassembler des éléments établissant de manière convaincante qu'un automobiliste soupçonné de CSED n'était pas dans son état normal au moment de l'accident ou de son interception et, qui plus est, que la nature particulière des troubles du comportement qu'il manifeste correspond à une catégorie ou une classe de drogues particulière. La nouvelle de l'existence de cette procédure du LAPD s'est progressivement répandue à travers le pays. Au début des années 80, les services de sécurité routière (National Highway Traffic Safety Administration ou NHTSA) reconnaissaient l'intérêt potentiel de cette procédure et lançaient des recherches afin d'en éprouver la fiabilité et la validité.

3. Validation du programme EID/ECD en laboratoire et sur le terrain

La première étude importante conduite dans le cadre de ces recherches a été réalisée en 1984 par la NHTSA et le National Institute on Drug Abuse (Nida) dans les laboratoires de la John Hopkins University et visait à établir la typologie des intoxications en demandant séparément à quatre experts en identification des drogues du LAPD de procéder à des évaluations (Bigelow *et al*., 1985). Les résultats se sont

révélés très encourageants. Ces experts sont parvenus à identifier correctement 95 % des sujets n'ayant absorbé aucune drogue comme «n'étant pas sous l'emprise de drogue», à classer 98,7 % des sujets en ayant absorbé de fortes doses comme «étant sous l'emprise de drogue» et à identifier la catégorie de drogue absorbée pour 91,7 % des sujets présentant de fortes doses. Cependant, dans 1,3 % des cas, les résultats étaient faussement positifs, puisque des sujets qui n'avaient absorbé aucune drogue étaient classés comme «étant sous l'emprise de drogue». Dans 7 % des cas, la catégorie de drogue identifiée chez des sujets ayant reçu des substances actives était erronée.

A la suite de cette étude contrôlée en laboratoire, la NHTSA a procédé à une validation sur le terrain de la procédure d'identification des drogues du LAPD (Compton, 1986); celle-ci a démontré que les agents formés à l'identification des drogues étaient en mesure de «détecter» la présence de certaines catégories de drogue dans la majorité des cas. Tous les conducteurs arrêtés pour CEI (conduite en état d'ivresse) dans la ville de Los Angeles pendant la durée de l'étude ont été inclus dans celle-ci. Des prélèvements sanguins ont été pratiqués sur 86 % des suspects interceptés, aucune prise de sang n'étant effectuée sur les suspects que les officiers de police ne jugeaient pas sous l'influence de drogue. Des EID expérimentés ont évalué chacun des suspects alors qu'un laboratoire indépendant analysait les échantillons sanguins. Voici les principaux résultats de cette étude:

1. Lorsque les EID affirmaient déceler la présence de drogue autres que l'alcool, l'analyse sanguine a presque toujours détecté cette présence (94 %).

2. Chez 87 % des suspects évalués, les EID sont parvenus à identifier correctement au moins une drogue autre que l'alcool.

3. Lorsque les EID indiquaient la catégorie de drogue que le suspect avait absorbée, celle-ci était détectée dans le sang des suspects dans 79 % des cas.

4. Pour pratiquement 50 % des suspects, les EID sont parvenus à identifier complètement et correctement toutes les catégories de drogue détectées dans le sang (la plupart des suspects avaient absorbé plusieurs drogues autres que l'alcool).

5. La consommation d'alcool associé à d'autres drogues était fréquente, 50 % des suspects présentant ce type de combinaison (qui rend la détection d'autres drogues plus difficile).

6. Seulement six des suspects (3,7 %) qui avaient absorbé des drogues présentaient une alcoolémie égale ou supérieure à 0,10 % (100 mg/dl). Il est probable que la plupart des autres suspects (sinon tous) auraient été relâchés si les symptômes de présence de drogue n'avaient été détectés par les EID.

Sur la base de ces deux études, la NHTSA a entrepris d'affiner cette procédure et de mettre au point des programmes standardisés pour former des EID qui seront affectés aux services de police intéressés dans tous les Etats-Unis.

Plus récemment, une étude systématique de la validité du programme EID a été réalisée à Phoenix, Arizona (Adler et Burns, 1994; Burns et Adler, 1996). D'après Burns et Adler (1996), l'évaluation de l'influence des drogues constitue une méthode systématique et standardisée décomposable en douze étapes. Elle fournit des informations à partir desquelles un agent formé à l'identification des drogues pourra conclure: 1. si le suspect est dans son état normal ou non; 2. s'il n'est pas dans son

état normal, que cet état est lié à l'absorption de drogue ou non; et 3. si des drogues sont en cause, de quelle(s) catégorie(s) elles relèvent. Dans cette étude, les résultats de l'évaluation de l'influence des drogue et de l'analyse toxicologique des prélèvements d'urine et de sang de 500 automobilistes soupçonnés de conduite sous l'emprise de drogue ont été analysés à l'aide d'un logiciel spécial. Les diagnostics des EID relatifs à la prise de drogue par les suspects et aux catégories de drogues concernées se sont révélés extrêmement précis. Ainsi, pour 91 % des échantillons positifs, les policiers ont identifié au moins l'une des drogues en cause. De plus, dans 83,5 % des cas, l'analyse des échantillons a confirmé, au moins en partie, la présence des drogues identifiées par les EID. Les chercheurs ont conclu que leur étude établissait la validité des méthodes d'identification des drogues utilisées dans le programme EID.

Deux récentes études en laboratoire ont évalué la validité des composantes et variables individuelles du programme ECD pour un ensemble de drogues. Elles ont été réalisées par Heishamn et ses collègues et financées par le Nida et la NHTSA (Heishamn, Singleton et Crouch, 1996; Heishman, Singleton et Crouch, 1998). Les résultats de ces deux études indiquent qu'un ensemble déterminé de variables d'évaluation du programme ECD peut être utilisé pour détecter avec précision l'absorption massive d'Alprazolam, de *d*-ampéthamine, de marijuana, d'alcool éthylique, de cocaïne et, dans une moindre mesure, de codéine. La validité de la détection a été optimale lorsque ont été utilisées dix-sept à vingt-huit des variables de la procédure ECD dans la première étude et deux à sept des variables dans l'étude la plus récente. Ces résultats semblent indiquer que la détection d'altérations de l'état d'une personne et de consommation de drogue peut être améliorée si les EID se concentrent sur un ensemble de variables associées à chaque classe de drogue plutôt que sur la totalité de la procédure ECD. Les chercheurs ont conclu à la validité de cette procédure pour détecter la consommation récente de drogue.

4. Evaluation de l'impact de l'utilisation de la procédure ECD sur la répression et le jugement

Au début des années 90, la NHTSA a évalué l'impact de la procédure ECD sur la collectivité. Cette étude a examiné les effets du programme EID sur la répression et le jugement des conducteurs qui n'étaient pas en état de conduire (CEI et CSED). Des EDI ont évalué 1 842 suspects dont l'aptitude à la conduite leur semblait amoindrie du fait de substances autres que l'alcool. Onze postes de police de cinq Etats participant au programme ECD ont été comparés à des postes de police semblables n'appliquant pas ce programme. Les résultats étaient très variables d'un poste ECD à l'autre. Globalement, les EID ont détecté la consommation de drogue dans 92,9 % des cas, tandis que 7,1 % des suspects ont été jugés aptes à la conduite ou exclus de l'étude pour des raisons médicales, ou bien ont refusé de participer à l'évaluation. Pour 15,9 % des tests pratiqués sur les suspects, les analyses pratiquées en laboratoire n'ont pu confirmer la présence de drogue et 52,6 % de ces cas ont abouti à un jugement de culpabilité. Dans 88,4 % des cas où la présence de drogue a été confirmée par les examens de laboratoire, une sanction a été prononcée. La proportion moyenne des jugements de culpabilité était de 92,3 %, variant de 57,3 % à 100 % selon les postes. Cette évaluation a donc conclu que le programme ECD avait des effets largement positifs sur la répression et les verdicts rendus dans les affaires de CEI et de CSED.

5. Le programme ECD actuel

Fruit d'une évolution longue de quinze ans, le programme ECD constitue désormais une méthode systématique et standardisée qui permet d'examiner un automobiliste

soupçonné de ne pas être en état de conduire – ou d'autres délits liés à l'alcool ou à la drogue – afin de déterminer: 1. si le suspect n'est pas dans son état normal et, dans cette hypothèse; 2. si cet état est lié à la drogue ou à l'état de santé du conducteur (maladie ou blessure, par exemple) et, s'il est dû à la drogue; 3. les grandes catégories (ou combinaisons de catégories) de drogues susceptibles d'être à l'origine de cet état anormal. D'un autre côté, il est important de comprendre ce que la démarche ECD n'est pas. Ce n'est pas: 1. une procédure de test sur le terrain; 2. un moyen de déterminer avec exactitude quelle(s) drogue(s) le suspect a ingérée(s); ou 3. un substitut des tests chimiques.

Le programme ECD permet d'identifier sept grandes catégories de drogue. Cette classification ne recoupe pas exactement la taxinomie habituelle des drogues; elle repose plutôt sur les signes produits par ces drogues, qui peuvent être observés lors des divers examens qui constituent la procédure d'évaluation. Une classification similaire des drogues a été élaborée à l'intention des cliniciens dans le domaine de la toxicomanie et de la psychiatrie. Les sept catégories de drogue sont les suivantes: 1. neurodépresseurs (alcool, dérivés de l'acide barbiturique, tranquillisants anxiolytiques, tranquillisants antipsychotiques, etc.); 2. neurostimulants (cocaïne, amphétamines, etc.); 3. hallucinogènes (peyotl, psilocybine, LSD, MDMA, etc.); 4. phencyclidine (PCP ou poudre d'ange); 5. analgésiques narcotiques (héroïne, opium, morphine, codéine, méthadone, etc.); 6. narcotiques d'inhalation (solvants volatils, aérosols, gaz anesthésiants, etc.); et 7. cannabis (marijuana, haschisch, huile de cannabis).

Chaque catégorie de drogue affecte l'organisme d'une manière particulière. Un EID peut examiner un suspect et identifier «l'empreinte» particulière de la ou des catégories de drogues ingérées. Il fonde son opinion sur une évaluation systématique de l'apparence du sujet, de son comportement, des résultats de ses tests psychophysiques, de ses yeux, des signes vitaux et de l'examen des signes d'absorption.

6. Eléments de l'évaluation des drogues dans le programme ECD

Les composantes spécifiques de l'ECD constituent les éléments de base du processus d'évaluation des drogues. Chaque composante a été testée et validée sur le terrain; certaines ont aussi fait l'objet d'une validation rigoureuse en laboratoire. Pour s'assurer que l'évaluation des drogues est systématique et standardisée, chaque EID pratique une «évaluation de l'influence des drogues» (Adler et Burns, 1994; Burns et Adler, 1996). Les éléments de cette évaluation sont brièvement exposés ci-dessous.

1. Ethylotest
2. Interrogatoire de l'agent qui a procédé à l'arrestation (qui n'est pas l'EID)
3. Examen préliminaire par l'EID
4. Examen oculaire: nystagmus horizontal, nystagmus vertical, convergence imparfaite
5. Tests psychophysiques d'attention dissociée: test de Romberg, déplacement rectiligne et rotation, équilibre sur une jambe, épreuve «doigt-nez»
6. Examens des signes vitaux: mesures précises du pouls, de la pression artérielle et de la température du suspect
7. Examen en chambre noire: contrôle systématique de la taille des pupilles du suspect sous trois éclairages différents: quasi-obscurité, lumière indirecte et lumière directe
8. Examen du tonus musculaire
9. Recherche de traces d'injection
10. Interrogatoire par l'EID, déclarations du suspect et autres observations

11. Opinion de l'examinateur: l'EID doit argumenter son opinion dans un rapport formel qui précise sur quels éléments il se fonde.
12. Examen toxicologique: sang ou urine.

La procédure d'évaluation prend généralement une trentaine de minutes. Elle peut toutefois être plus longue, en fonction du type de drogues absorbées et de l'ampleur des effets produits sur le sujet.

7. Formation au programme ECD

Au fil des ans, un programme de formation et de certification extrêmement standardisé a été mis au point par la NHTSA et l'Association internationale des chefs de police (IACP). Actuellement, pour obtenir un certificat d'EID, il faut avoir accompli avec succès un programme d'instruction en trois phases:

1. la *formation préalable*, qui consiste en un stage de deux jours au cours duquel les candidats apprennent la terminologie de base des drogues et se familiarisent avec les sept grandes catégories de drogue. Ils apprennent également le déroulement des examens cliniques et psychophysiques qui constituent la procédure et peuvent commencer à pratiquer ces examens;

2. la *formation EID*, qui consiste en un stage de sept jours comprenant trente modules de formation, dont une description générale du développement et de la validation de la procédure d'évaluation des drogues, l'étude des aspects légaux, l'étude approfondie de chaque catégorie de drogue, un entraînement pratique à chaque étape de la procédure d'examen, la préparation du dossier judiciaire et le témoignage; et

3. la *certification*, formation en cours d'emploi au cours de laquelle l'étudiant procédera au minimum à douze examens complets sous la supervision d'un instructeur EID confirmé. L'expérience montre qu'il faut à l'étudiant moyen environ 120 heures de formation supervisée en cours d'emploi pour obtenir la certification.

8. Conclusions

Il existe deux solutions pour rendre la répression de la conduite sous l'emprise de drogue plus efficace:

1. introduire des instruments de dépistage chimique de la consommation de drogue (analogues aux éthylomètres), et

2. mettre en place des programmes d'identification des drogues pour la police.

La première approche repose sur des mesures de la présence – et, si possible, de la quantité – de drogues déterminées dans l'organisme du conducteur, la deuxième étant fondée sur des mesures des troubles comportementaux, dont on estime qu'elles indiquent une altération de l'aptitude à la conduite. Aucun appareil de dépistage chimique d'une précision acceptable n'ayant à ce jour été mis au point et validé pour mesurer la présence (et la quantité) de drogues déterminées, les responsables politiques sont contraints d'envisager le problème sous l'angle des troubles provoqués par ces drogues. C'est pourquoi ce rapport porte essentiellement sur des indicateurs physiologiques et comportementaux manifestes de l'influence des drogues et, donc, de leur effet perturbateur supposé. L'approche fondée sur ces indicateurs observables, supposés résulter de l'influence des drogues, implique que la police soit formée pour reconnaître les influences propres à des catégories de drogues déterminées sur les

conducteurs. En conséquence, les programmes d'identification des drogues reposent sur l'apprentissage de l'observation systématique de leurs effets, interprétés comme des indicateurs d'une diminution de l'aptitude à la conduite; ils sont connus sous le nom de Programme d'évaluation et de classification des drogues. Cette formation est délivrée en pratique par des officiers de police formés et certifiés, appelés experts en identification des drogues.

En attendant la mise au point d'un appareil de dépistage de drogue rapide et performant, l'utilisation de l'ECD par des EID certifiés est la seule méthode disponible. Elle n'est ni parfaite ni simple ni rapide; mais elle a l'avantage d'exister et de fonctionner très bien. Sa validité a été jugée acceptable, tant au cours d'études contrôlées sur le terrain que lors d'études systématiques en laboratoire. L'une des questions qui se posent encore est de savoir dans quelle mesure l'ECD se prête à une application dans les pays européens.

Tous les pays participants au Groupe Pompidou sont d'accord sur le fait qu'une transposition à l'identique des programmes américains dans les pays européens n'est pas faisable. L'adaptation de ces programmes dans chaque pays européen serait nécessairement très coûteuse – notamment parce que chaque pays a sa conception propre de la répression et son économie propre. En fait, l'Allemagne est jusqu'à présent le seul pays qui ait entrepris de développer et de mettre en œuvre intégralement un programme ECD complet correspondant à ses besoins. Néanmoins, tous les pays participants ont clairement conscience de la nécessité de collaborer au développement d'une version européenne du Programme de détection de drogue et sont prêts à y participer. Se posera ensuite le problème de la mise en œuvre inévitablement coûteuse de ce programme au sein des forces de police. Or, l'efficacité de ce programme ne peut être garantie que par une formation solide, systématique et continue des agents de police. En fin de compte, la réalisation et le financement de ces programmes supposent l'existence d'un consensus social sur la nécessité de combattre effectivement le problème de la drogue au volant.

Bibliographie

- E.V. Adler, M. Burns, *Drug recognition expert (DRE) validation study*, rapport final au Governor's Office of Highway Safety, Etat de l'Arizona, 1994.

- G.E. Bigelow, W.E Bickel, J.D. Roache, I.A. Liebson, P. Nowowieski, *Identifying types of drug intoxication: laboratory evaluation of a subject-examination procedure,* NHTSA Technical Report DOT HS 806 753, US Department of Transportation, Washington, 1985.

- M. Burns et E.V. Adler, «Study of a drug recognition expert (DRE) program» *in* C.N. Kloeden et A.J. McLean, *Alcohol, Drugs and Traffic Safety, T'95*, Adelaide, International Commission on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, 1996, vol. 1, pp. 437-441.

- R.P. Compton, *Field evaluation of the Los Angeles Police Department drug detection procedure,* NHTSA, Technical Report DOT HS 807 012, U.S. Department of Transportation, Washington, 1986.

- S.J. Heishman, E.G. Singleton, D.J. Crouch, «Laboratory validation study of Drug Evaluation and Classification program: Ethanol, cocaine, and marijuana», *Journal of Analytical Toxicology*, 20, 1996, pp. 468-483.

- S.J. Heishman, E.G. Singleton, D.J. Crouch, «Laboratory validation study of Drug Evaluation and Classification program: Alprazolam, *d*-amphetamine, codeine, and marijuana», *Journal of Analytical Toxicology*, 22, 1998, pp. 503-514.

- D.F. Preusser, R.G. Ulmer, C.W. Preusser, *Evaluation of the impact of the Drug Evaluation and Classification program on enforcement and adjudication*, NHTSA Technical Report DOT HS 808 058, U.S. Department of Transportation, Washington, 1992.

Pratique des contrôles sur le terrain

par le Lieutenant-Colonel Charles De Winter,
Bureau central des recherches de la Gendarmerie, Belgique

Je souhaiterais décrire brièvement notre action avant l'entrée en vigueur de la législation, puis dire quelques mots de la législation et de ses aspects pratiques.

Je ferai aussi référence à un programme de contrôles réalisé en 1995 et aux difficultés rencontrées, aux méthodes utilisées et à l'organisation des contrôles à cette époque, ainsi qu'aux problèmes qui se posent encore et aux mesures qui devront être prises.

Je commencerai par un bref rappel historique qui montrera comment nous en sommes venus à l'approche actuelle et je dirai quelques mots sur la législation en vigueur.

En 1993-1994, nous avons obtenu les premiers résultats de nos contrôles. A cette époque, de nombreux conducteurs revenaient des Pays-Bas sans transporter de stupéfiants, mais il était clair qu'ils étaient sous l'emprise de substances illicites. Nous avons commencé à chercher un moyen de lutter contre cette pratique et nous avons effectué des contrôles pour déterminer l'ampleur du phénomène. Selon les premiers résultats, obtenus en 1993-1994 dans la province d'Anvers, entre 10 et 17 % des conducteurs contrôlés avaient consommé un ou plusieurs stupéfiants.

En 1995, le gouvernement a décidé de prendre des mesures pour combattre ce phénomène, en commençant par plusieurs études préliminaires. Celles-ci ont permis de lancer par la suite d'autres études, qui ont démontré que le fait de conduire après avoir consommé de la drogue posait un véritable problème et qu'il était possible de le traiter en insérant dans la loi une disposition sur «l'état analogue à l'ivresse»; cet état n'est pas causé par l'alcool mais par des drogues ou des médicaments. A partir de là, nous avons voulu prouver l'altération de la capacité de conduire. Le docteur Verstraeten a alors mené l'étude BTTS. C'est sur la base de cette étude très intéressante que nous avons élaboré notre législation. L'étude portait sur près de 1 500 accidentés de la route admis à l'hôpital. On a recherché la présence d'alcool dans leurs urines et mis les résultats en relation avec les causes de l'accident. Les conclusions de l'étude sont particulièrement intéressantes. On a décelé la présence de benzodiazépines et de stupéfiants chez 19 % des conducteurs (plus précisément, la proportion était de 10 % pour les drogues illicites et de 9 % pour les benzodiazépines), ce qui est un chiffre élevé.

Cette année a été votée une loi dont la première ébauche avait été élaborée en 1996. On a déjà examiné la législation et les notions philosophiques sous-jacentes, ainsi que l'approche «tolérance zéro» et l'«*impairment approach*». L'«*impairment*», c'est-à-dire l'altération des facultés, est difficile à mesurer, mais on a décidé d'adopter la même attitude que pour l'alcool, la désintoxication, en raison de l'altération des facultés que les drogues pourraient entraîner elles aussi.

Le test, qui se déroule en trois étapes, ressemble à celui qui est pratiqué en Allemagne. Le policier est habilité à rechercher la présence d'acides aminés dans un échantillon d'urine; si le résultat est positif, un échantillon sanguin pourra être prélevé. Le sang sert de preuve lors du procès, mais uniquement dans le cadre de la loi sur la sécurité routière; il ne peut être utilisé pour imputer au conducteur une infraction liée à la drogue.

En 1995, nous avons commencé à appliquer l'article 35 de la loi, qui concerne l'état analogue à l'ivresse, en vue de convaincre les procureurs de demander des sanctions. Nous avons effectué des contrôles notamment sur des routes empruntées par des touristes et à proximité de boîtes de nuit. Nous nous sommes d'abord demandé comment cibler nos contrôles. Nous avons décidé de contrôler surtout certains types de véhicules conduits par des jeunes. Nous contrôlions le véhicule en général et observions l'apparence et le comportement du conducteur. Celui-ci pouvait être invité à donner sur place un échantillon d'urine; aucune loi ne l'y contraignait, mais en fait, un seul refus nous a été opposé. Les policiers chargés d'observer l'apparence et le comportement du conducteur étaient de simples agents de la circulation qui n'avaient reçu que trois heures de formation en la matière.

Il convient toutefois d'ajouter qu'ils étaient accompagnés de nos agents, qui pouvaient leur apporter l'aide nécessaire. Les tests utilisés étaient «Acusign», d'abord les panels puis les tests individuels, et enfin acon de Syva. Ce test n'était pas toujours très fiable. En effet, les échantillons d'urine ont aussi été analysés par l'Institut national de criminologie; ces analyses ont mis en évidence quelques erreurs d'interprétation – dues à la lumière notamment –, mais surtout 8 % de faux négatifs et 1 % de faux positifs, erreurs pouvant porter préjudice au conducteur. Depuis, nous avons essayé d'autres méthodes. La plupart satisfont aux exigences légales, bien que deux tests soient parfois nécessaires. Mais certains tests sont trop compliqués pour être pratiqués sur le bord de la route. Par ailleurs, il convient d'éviter les erreurs d'interprétation lors de la lecture des résultats.

La rotation du personnel est une question importante. Dans les quelques exemples cités, le personnel semblait suffisamment motivé par la séance d'information, à laquelle s'ajoutait l'aide apportée par des agents connaissant bien les effets des drogues. Il est nécessaire de bien préparer les contrôles. Ainsi, il faut s'assurer de la présence d'un personnel médical suffisant et veiller à préserver l'intimité du conducteur (disposer d'une camionnette équipée de toilettes, par exemple). On a besoin d'une infrastructure assez lourde pour pratiquer des tests de dépistage des drogues et les conséquences budgétaires ne sont pas négligeables; en effet, la plupart des contrôles sont pratiqués la nuit, avec des effectifs renforcés.

Quelques mesures ont été prises en vue de l'application de la législation; elles portent sur les analyses du sang et consistent en circulaires du procureur général. Ces circulaires définissent les cibles des contrôles de police, qui sont les adeptes du narco-tourisme et les clients des boîtes de nuit, en raison des risques de trafic de drogue et d'accidents de la route avec dommages corporels.

Lors des opérations de 1995, nous avons utilisé une liste de vérification pour déceler les signes d'une consommation de drogue par un conducteur ou de l'influence de la drogue sur cette personne. Depuis, nous avons affiné cette méthode, en nous appuyant sur l'expérience des Etats-Unis et de l'Allemagne. Nous disposons maintenant d'un système opérationnel.

S'agissant du programme des deux prochaines semaines, nous organisons un stage de trois jours destiné aux agents qui ont déjà suivi une formation conséquente dans notre réseau de prévention de la toxicomanie: un stage initial de quinze jours, suivi de stages plus courts tous les trimestres, qui représentent cinq jours par an au cours des deux dernières années. Durant ces stages, les agents acquièrent des connaissances approfondies sur les drogues et leurs effets, et deviennent capables d'informer parents et éducateurs. Un premier groupe d'agents ont déjà bénéficié de cette formation et forment maintenant à leur tour des collègues de différentes unités. La procédure de

recherche d'acides aminés dans l'urine est quasiment opérationnelle, et plusieurs critères pratiques ont été établis. On élabore actuellement une directive qui concerne divers aspects de l'organisation de ces contrôles, dont le respect de l'intimité de la personne contrôlée.

L'évaluation clinique et comportementale chez les conducteurs sous influence de produits psychotropes

par D^r^ Charles Mercier-Guyon, CERMT, Annecy, France

La conduite sous l'influence de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage représente un problème de plus en plus fréquemment rencontré dans les accidents de la route.

Tant les forces de l'ordre que les magistrats ont du mal à appréhender les effets cliniques et comportementaux de ces produits d'autant plus que, contrairement à l'alcool et aux médicaments, qui sont des produits dont la composition et le type d'usage sont relativement stables, les drogues illicites sont des produits qui évoluent rapidement tant en terme de nature chimique que de type d'usage.

L'expérience des policiers, des gendarmes et des magistrats, bien établie vis-à-vis de l'alcool, ne peut pas aisément être transposée à la multitude des drogues utilisées aujourd'hui.

Pour lutter contre la conduite sous l'emprise de drogue, les magistrats ont besoin d'éléments précis permettant de prouver l'altération comportementale des conducteurs incriminés.

Ces éléments peuvent être:

- l'évaluation certifiée d'un état d'ivresse ou d'altération comportementale;
- la mise en évidence de la substance dans les fluides biologiques;
- l'aveu de la prise de drogue avant de conduire associé à l'analyse des produits saisis.

Or, loin d'aider la décision des magistrats, l'expérience de la législation sur l'alcool au volant complique en fait leur tâche.

L'ivresse éthylique au volant, délit qui figure encore dans de nombreux codes pénaux nationaux, a progressivement fait place au délit de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par un taux d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré supérieur au taux légal.

Grâce à l'apport de la preuve biologique, analyse de sang ou éthylométrie, les forces de l'ordre ont progressivement délaissé les procédures d'évaluation comportementale et ont perdu l'habitude d'utiliser les fiches prévues à cet effet, à l'exemple de la fiche «A» française.

Les autorités administratives qui gèrent habituellement la suspension administrative du permis de conduire dans l'attente de la décision pénale finale de retrait ont, de plus, établi des barèmes de durée de suspension basés sur les taux d'alcoolémie mesurés. Ces barèmes ne peuvent naturellement pas être appliqués à des conducteurs, même manifestement en état d'ivresse, mais dont le taux d'alcoolémie est *infra* légal.

Dans la plupart des pays qui souhaitent mettre en place une législation sur le dépistage de drogue au volant, les représentants des forces de l'ordre s'opposent souvent fermement à un retour à toute forme d'évaluation comportementale dans la crainte soit de risquer d'aboutir à un élément de subjectivité, soit de donner un travail difficile à accomplir aux policiers de terrain.

Ils expriment donc souvent le souhait de voir aboutir des recherches sur des machines, ou tests de dépistage, représentant l'équivalent, pour les drogues, des éthylomètres ou des prélèvements de sang.

Si la recherche d'un système de détection et de confirmation de prise de drogue est une nécessité évidente, il est cependant tout aussi évident pour la communauté scientifique que la mise en évidence d'une altération comportementale du conducteur est un élément déterminant dans la recherche de responsabilité, du fait de la complexité des paramètres pharmacocinétiques et cliniques des drogues illicites.

On peut illustrer ce principe simplement en disant que si, pour l'alcool, une relation bien établie existe entre le degré d'ivresse et le taux d'alcoolémie, il n'en va pas de même pour des drogues dont la présence dans le corps peut persister durant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Si un taux biologique significatif de drogue peut aboutir à une inaptitude administrative à la conduite, au même titre que les marqueurs biologiques de la consommation chronique d'alcool, seule une relation clairement établie entre un dépistage positif de drogue et une altération comportementale constatée peut aboutir à une mise en cause pénale.

La nécessité d'une évaluation comportementale apparaît donc indispensable pour caractériser un délit de conduite sous l'emprise de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Un certain nombre de pays ont d'ailleurs mis en place des procédures d'évaluation clinique dans ce sens, évaluations réalisées selon des modalités variables.

Les Etats-Unis disposent depuis plus de quinze ans d'un système d'évaluation complexe, réalisé par des policiers spécialisés, le DRE, Drug Recognition Expertise Program.

La mise en place de ce système est due au fait que la Constitution américaine n'autorise pas la réalisation de tests biologiques chez un conducteur en l'absence d'éléments certifiés de suspicion d'altération comportementale.

Le programme DRE est réalisé par des policiers spécialement formés, en petit nombre (deux à trois pour l'équivalent d'un département français), recyclés annuellement, avec la nécessité de réaliser un nombre minimal d'examen pour conserver leur habilitation.

L'expertise réalisée par ces policiers experts a généralement valeur probante devant les tribunaux, mais trouve ses limites avec la difficulté de mettre en évidence les effets des drogues stimulantes comme les amphétamines.

Le concept du DRE, que l'on pourrait qualifier de «tout comportemental» s'oppose radicalement au concept sud européen (français par exemple) du «tout biologique».

Entre ces deux extrêmes se situe l'attitude d'un certain nombre de pays, comme les pays scandinaves, qui ont mis en place une procédure intermédiaire basée sur le

concept de «suspicion légitime» (*reasonable suspicion*). Ce concept s'exprime par le fait qu'un policier peut réaliser des tests très simples mais rigoureusement codifiés qui lui permet de demander une évaluation clinique médicale et des prélèvements biologiques lorsqu'un conducteur présente manifestement des troubles du comportement ou des signes d'imprégnation par une ou des drogues, alors même que son dépistage d'alcoolémie s'avère négatif.

La grande diversité des systèmes judiciaires et des habitudes culturelles dans le monde aboutit à des procédures très différentes d'un pays à l'autre déjà dans le domaine de l'alcool, et cette diversité pose un certain nombre de questions quant aux procédures d'évaluation cliniques dans le domaine des drogues.

Qui doit réaliser l'évaluation clinique ?

- le policier de terrain?
- le policier expert type DRE?
- un médecin requis?
- un médecin spécialisé?

Dans tous les cas, la mise en place d'une procédure standardisée nécessite une formation préalable des personnels concernés.

Qui doit réaliser le dépistage de drogue sur le terrain ou, tout au moins, dans la phase initiale?

Ce dépistage, généralement immunochimique, s'impose dans tous les cas ou les forces de l'ordre sont investies d'une mission visant à pouvoir faire cesser un danger immédiat (en cas d'ivresse manifeste ou, d'infraction au Code de la route), ainsi que dans le but de sauvegarder une preuve dans les instants qui suivent les faits.

Ce dépistage immunochimique, urinaire, salivaire ou dans la sueur, ne dispense pas de pouvoir disposer de procédures de confirmation sanguine en cas de contestation ou d'implications médico-légales.

Quels signes cliniques ou comportementaux rechercher?

- alors que les effets des drogues sont multiples, variés, que les associations drogue/drogue, alcool/drogue, médicament/drogue sont fréquemment retrouvées;
- alors que les signes cliniques liés à la prise de drogues stimulantes sont plus difficiles à mettre en évidence.

Face à ces questions, nous pouvons proposer que chaque pays «décline» une approche logique en fonction de ses caractéristiques judiciaires, législatives et culturelles.

Les conditions de mise en œuvre de l'évaluation comportementale et de dépistage de drogue

Ces conditions peuvent concerner:

- les accidents mortels;
- les accidents corporels;
- les infractions au Code de la route;
- les troubles manifestes du comportement;

- les accidents matériels;
- les contrôles systématiques.

Les acteurs de l'évaluation comportementale

- le policier de terrain, toujours concerné comme premier intervenant, peut avoir un simple rôle de déclencheur de la procédure en direction d'un policier expert type DRE, ou d'un médecin requis, cela soit dans le cadre d'une procédure automatique (accident mortel par exemple), soit dans le cadre d'une légitime suspicion. Il peut enfin, dans l'avenir, être formé d'une manière plus approfondie vis-à-vis des effets des drogues;

- le policier expert, type DRE, exige des programmes de formation longs et coûteux qui ne peuvent reposer que sur une volonté politique ou sur une obligation liée au système judiciaire propre au pays concerné;

- le médecin requis, enfin, doit être également formé ou, au minimum, disposé d'éléments de procédure (fiche clinique, instruction d'utilisation des tests immunochimiques ou des techniques de prélèvement) de manière à assurer la fiabilité des rapports d'évaluation et des résultats biologiques.

Les signes cliniques de l'évaluation comportementale simplifiée par les policiers de terrain

Ces signes se doivent d'être simples et objectifs, ils doivent éviter toute difficulté d'interprétation.

On peut proposer de retenir cinq items:

- le comportement général (normal, ralenti ou agité);
- le langage (normal, pâteux ou inintelligible);
- les explications (nettes, embrouillées ou incohérentes);
- l'équilibre en position debout, pieds joints (possible, difficile ou impossible);
- la démarche en ligne droite (possible, difficile ou impossible).

Les conclusions de cet examen sommaire par un policier de terrain ont pour seul objectif de permettre de dire si le sujet examiné semble être ou non dans un état normal, corrélé au dépistage d'alcoolémie. Ce rapport préliminaire permet de déclencher une procédure d'appel à un policier expert ou à un médecin requis.

A notre sens, cet examen préliminaire doit être extrêmement simple et ne laisser que peu de place à la subjectivité.

Les signes cliniques de l'évaluation comportementale approfondie par un policier expert ou un médecin requis

Ces signes cliniques doivent être recueillis par un personnel entraîné ou suffisamment compétent au plan médical.

Ils peuvent se subdiviser en différentes catégories de signes:

- les signes généraux comportementaux:
  - le comportement général
  - l'état psychique
  - le langage
  - l'orientation temporo-spatiale

- les signes liés à l'équilibre:
  - l'équilibre debout
  - la marche
  - le demi-tour
  - les tests doigt-nez
  - le nystagmus oculaire

- les signes cliniques d'usage de toxiques:
  - l'examen des conjonctives oculaires
  - l'examen du septum nasal
  - l'examen des pupilles et de leur réactivité à la lumière
  - l'examen des traces d'injection

- les signes cardio-vasculaires:
  - la pression artérielle
  - la fréquence cardiaque à différents moments de l'examen.

S'y ajoute le recueil des éléments médicaux (antécédents, consommation).

Dans le cas d'une évaluation par un policier expert, tout élément médical (pathologie, traitement prescrit) fait «sortir» le sujet examiné de la procédure d'évaluation et la prise en charge de celle-ci est confiée à un médecin.

Le système DRE ne s'applique, en effet, qu'à un sujet indemne de pathologie traitée ou non, susceptible d'interférer avec les critères d'évaluation comportementale.

Il apparaît nécessaire, en complément de la mise en place de systèmes basés sur les critères définis ci-dessus, de développer la recherche de critères cliniques et comportementaux pour les drogues synthétiques nouvelles qui apparaissent régulièrement sur le marché, ainsi que sur la validation de ces nouveaux critères.

Face au danger représenté par les conducteurs sous influence de drogues et de médicaments détournés de leur usage, il apparaît aujourd'hui nécessaire de développer une nouvelle culture de l'évaluation comportementale chez les policiers, les médecins et les magistrats chargés de gérer la prise en charge médico-légale de ces conducteurs.

Toxicomanie et sécurité routière: le traitement et la rééducation des toxicomanes et leur importance pour la sécurité routière

par F. Javier Alvarez,Section drogue et alcool,
Département de pharmacologie et de thérapeutique,
Faculté de médecine, Valladolid, Espagne

Introduction

Depuis quelques années, la relation entre les drogues illicites et la conduite automobile suscite un intérêt croissant (Albery *et al.*, 1998; Del Río et Alvarez, 1995). Cela est essentiellement dû à l'accroissement notable, dans les dernières décennies, de l'usage de drogues illicites par la population pour des raisons principalement récréatives. De plus, conduire est une activité quotidienne indispensable qui se répand de plus en plus. On estime qu'un nombre toujours croissant d'individus pourraient conduire sous l'influence de drogues illicites, ce qui signifierait un facteur de risque élevé en termes de sécurité routière.

Jusqu'ici, les difficultés et les limitations existant dans le domaine de la conduite sous l'influence de drogues illicites résultent, à notre avis:

i. d'une tentative visant à appliquer à la conduite sous l'influence de drogues illicites le modèle de la conduite sous influence de l'alcool;

ii. de connaissances scientifiques limitées avec, dans de nombreux cas, plus de doutes et de questions que de réponses;

iii. de réglementations qui, bien qu'appropriées, se révèlent difficiles à appliquer;

iv. de l'idée que l'alcool est le facteur principal impliqué dans les accidents de la circulation et que, en comparaison, les drogues illicites (et les médicaments) constituent un problème de moindre gravité**.**

Par bonheur, cette image négative a commencé à changer considérablement ces dernières années et, bien que la situation soit loin d'être idéale, des progrès significatifs dans ce domaine font qu'on peut envisager l'avenir avec optimisme.

En particulier, des progrès ont été faits récemment:

i. dans l'analyse de la manière dont différentes drogues illicites affectent l'aptitude à la conduite (performance psychomotrice, comportement impliquant la prise de risques, etc.); toutefois, il reste encore plusieurs aspects à élucider (Albery *et al.*, 1998; Christophersen et Morland, 1997; EMCDDA, 1999; Robbe, 1998; Stramer et Mascord, 1994);

ii. dans l'élaboration de mesures législatives destinées à empêcher la conduite sous l'influence de drogues illicites;

iii. dans la mise au point de dispositifs conçus pour dépister sélectivement et avec précision différentes drogues illicites; ces dispositifs devraient être faciles à utiliser lors des contrôles routiers et permettre d'obtenir facilement des liquides organiques tels que la salive et la sueur. (Buchanan *et al.*, 1998; de Zeew, 1998; Kintz, 1996; Kintz *et al.*, 1998);

iv. dans des programmes (DRE – expertise en reconnaissance des drogues) qui visent à former les policiers à détecter des individus conduisant sous l'influence de drogues illicites (Page, 1995; BAST, 1997);

v. dans la reconnaissance de la complexité des problèmes posés par la conduite sous l'influence de drogues illicites et de la nécessité de développer des politiques tendant à la réduire (Del Río et Alvarez, 1995).

Il y a néanmoins des domaines où les connaissances et les développements scientifiques sont encore très limités et où, par conséquent, il est urgent d'agir. Il y en a en fait trois qui se distinguent, et ce sont ceux dont je vais traiter dans cet article:

i. certaines personnes qui commencent à prendre des drogues pour des raisons récréatives finissent par «tourner mal» (toxicomanie). Nous ne savons pas très bien comment cette maladie, plus les troubles psychopathologiques, psychiatriques et médicaux associés et également les traitements pharmacologiques que nous prescrivons, affecte la performance du conducteur, ni quand cette personne est à nouveau apte à conduire sans danger;

ii. une situation particulièrement dramatique est celle qui implique des personnes sous traitement aux agonistes opiacés: programmes de soutien recourant à la méthadone, au lévo-alpha-acétylméthadol (LAAM) et à la buprénorphine. Ces personnes peuvent-elles conduire sans danger?

iii. les individus qui conduisent sous l'influence de drogues illicites (*drug driving* – conduite sous influence) devraient subir une rééducation; nous manquons toutefois d'expérience dans ce domaine.

Dans la présente communication, je vais me concentrer, ainsi que l'indique le titre, sur une analyse de la relation complexe entre la maladie (la toxicomanie), le déroulement du traitement et l'aptitude à conduire. Ce sera donc une approche du point de vue «clinique», celui des professionnels qui doivent traiter ces personnes. Nous allons donc examiner la personne qui, à la suite d'une prise de drogue sur une base régulière, est un «malade» – un toxicomane – et qui, par conséquent, a besoin d'une aide médicale et psychologique et, plus tard, d'un programme de rééducation-réinsertion. Dans ce contexte, la maladie est beaucoup plus importante que la substance qui la produit. Comme je l'ai précédemment fait remarquer, c'est dans ce domaine que nous disposons de peu d'informations scientifiques et sommes très souvent obligés de prendre des décisions et des mesures sur la base de critères empiriques.

Usage, abus/usage nocif et toxicomanie

Il est nécessaire de différencier trois niveaux en ce qui concerne la prise de drogue et la pathologie. La plupart des sujets prennent les diverses substances dans un but récréatif avec une fréquence variable. Certains de ces individus vont toutefois, après une période plus ou moins prolongée, se trouver dans une situation d'abus ou d'usage nocif (selon qu'on utilise la classification et les critères du DSM-IV ou de l'ICD-10), laquelle se caractérise essentiellement par une détérioration de l'activité sociale et du travail du sujet causée par la consommation de drogue. S'ils continuent de prendre cette/ces drogue(s), certains de ces sujets finiront par tomber dans un état de dépendance vis-à-vis d'elle(s); dans cette situation, la drogue représentera la chose la plus importante dans leur existence, avec l'apparition de la tolérance et de la neuroadaptation.

Comme on peut le voir sur la figure 1, la toxicomanie est un trouble clinique d'une nature complexe, étant donné que la situation de chaque malade est déterminée non seulement par les manifestations cliniques de la dépendance vis-à-vis des différentes substances (cocaïne, héroïne, amphétamines, etc.), mais aussi par les différents troubles, psychopathologiques comme psychiatriques (problèmes psychotiques, anxiété, état dépressif, insomnie, délire, etc.) et la pathologie organique que ces sujets peuvent développer. Le contexte familial et social est également important. Manifestement, la situation clinique du malade variera selon les différents troubles associés. Une aptitude correcte à la conduite est affectée non seulement par les troubles de la toxicomanie mais aussi par les divers problèmes psychiatriques (psychose, état dépressif, anxiété et délire).

Les effets des drogues sur l'aptitude à la conduite

La conduite d'un véhicule à moteur est une tâche complexe, multifonctionnelle, impliquant la recherche et la reconnaissance visuelles, la vigilance, le traitement de l'information sous des exigences variables, la prise de décisions, la prise de risques et suffisamment de maîtrise sensorimotrice pour accomplir toutes ces activités correctement. C'est aussi une tâche surapprise (dans laquelle la pratique a éliminé le besoin d'un rappel conscient) où des exigences d'un niveau critique sont très peu fréquentes (Stramer et Mascord, 1994).

Les différentes drogues illicites affectent à différents degrés l'aptitude à la conduite. Il existe tout de même, ainsi qu'on peut le voir sur la figure 1, divers aspects qui modulent de manière significative l'effet final de la drogue sur l'aptitude à la conduite (Del Río et Alvarez, 1995). Il faut notamment mentionner:

i. la quantité consommée. Dans une consommation de drogue prolongée, il y a accroissement de la dose. Il est facile de comprendre que plus la quantité absorbée est importante, plus grande sera son influence sur les différents facteurs associés avec l'aptitude à conduire correctement;

ii. la voie d'administration: orale, par inhalation, intranasale, intraveineuse. Certaines drogues peuvent se prendre de plusieurs manières (héroïne, cocaïne), avec des différences pharmacocinétiques marquées selon la manière dont elles sont administrées; celles-ci peuvent avoir un effet plus ou moins grand sur l'aptitude à conduire (Cone, 1998);

iii. l'apparition de la tolérance, c'est-à-dire qu'une plus grande quantité de drogue doit être prise pour produire les mêmes effets. Cela pourrait contribuer également à expliquer le fait que des doses de plus en plus fortes n'affectent pas tellement plus l'aptitude à la conduite que les doses initiales;

iv. les symptômes de l'intoxication (par surdose) qui survient lorsque le sujet prend une quantité excessive de drogue ou qu'elle est plus pure que d'ordinaire, et ceux du sevrage, qui se manifestent lorsque le sujet est privé de drogue (syndrome de sevrage). Dans un cas comme dans l'autre, il y a une gamme étendue de manifestations physiques et psychiques susceptibles d'affecter l'aptitude à conduire sans danger;

v. la polytoxicomanie. Phénomène normal chez les individus qui prennent fréquemment des drogues illicites. Très souvent, l'alcool et les benzodiazépines sont pris pour contrebalancer les effets stimulants des drogues tout comme les symptômes de privation (Del Río et Alvarez, sous presse).

Toutefois, ces aspects ne sont pas pris en considération dans la grande majorité des études visant à analyser les effets des drogues illicites sur l'aptitude à la conduite.

Il est manifeste que tous ces phénomènes (accroissement des doses, tolérance, usage intraveineux, intoxication, symptômes de sevrage, polytoxicomanie) apparaissent plus fréquemment chez les toxicomanes que chez les individus qui prennent les différentes drogues dans un but récréatif.

Il ne faut pas oublier que certains médicaments pouvant être utilisés dans des buts illicites ou comme remèdes employés dans le traitement de ces malades (benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques) interfèrent également avec l'aptitude à conduire sans danger (Barbone *et al.*, 1998).

Le malade toxicomane et la législation concernant la conduite sous l'influence de drogue et la restitution des permis de conduire

Il convient à ce sujet de mentionner deux aspects normatifs.

Il existe dans les différents pays européens des réglementations juridiques en matière de conduite sous l'influence de drogue, avec des «sanctions envers les conducteurs qui sont sous l'influence de substances et dont l'aptitude à conduire un véhicule est compromise» (Kruger *et al.*, 1998).

Cette description s'applique manifestement à la fois aux individus qui prennent des drogues occasionnellement et à ceux qui en abusent ou sont toxicomanes, bien que ce soit ces derniers qui aient le plus de chances d'être à tout moment sous l'influence de drogues illicites; par conséquent, s'ils conduisent, ils enfreignent la loi. Or, comme un grand nombre de ces individus sont au chômage, sans famille et sans soutien social et qu'ils commettent parfois des délits pour assurer quotidiennement leur subsistance, ils ne donnent pas – d'après notre expérience – une très grande importance au fait de conduire sous l'influence de drogues illicites. L'une des priorités est donc que quiconque prend des drogues soit correctement informé des risques qu'il court.

Les différents Etats membres de l'Union européenne disposent de réglementations nationales en matière de permis de conduire conformément à la directive du Conseil 91/439/CEE (tableau 1). On y lit que «Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou, qui sans en être dépendant, en abuse régulièrement (...)» Selon cette réglementation, des personnes en état de dépendance ne peuvent ni obtenir ni faire renouveler un permis de conduire. Des différences significatives existent en matière d'application de cette réglementation d'un Etat membre à l'autre.

Il convient de souligner que, d'après cette réglementation, et ainsi que nous l'avons indiqué plus haut (tableau 1), la maladie elle-même, un grand nombre des troubles psychiatriques associés possibles (psychose, état dépressif, anxiété, délire) dont souffrent ces malades, tout comme les médicaments occasionnellement prescrits (benzodiazépines, certains antidépresseurs et neuroleptiques) interdisent à ces personnes d'obtenir ou de faire renouveler leur permis de conduire.

Evaluation médico-psychologique de l'aptitude à conduire

La législation concernant la drogue au volant est essentiellement l'affaire de la police et des autorités de poursuite, et les membres des professions de santé devraient se

limiter exclusivement à informer leurs malades et à leur conseiller (s'il s'avère qu'ils consomment des drogues illicites) de s'abstenir de conduire s'ils ont pris certains médicaments ou certaines drogues illicites.

Le rôle des professionnels de la santé dans l'évaluation de l'aptitude à conduire des malades toxicomanes est d'une bien plus grande importance: en plus d'informer suffisamment leurs malades, ils devraient les prévenir quand ils sont inaptes à conduire et leur indiquer quand ils sont à nouveau aptes à conduire.

Nous allons maintenant, à titre d'exemple, analyser deux situations différentes, à savoir celle du Royaume-Uni et celle de l'Espagne.

Au Royaume-Uni, des lignes directrices adressées aux praticiens leur suggèrent de conseiller aux malades de s'abstenir de conduire pendant un certain temps dès lors qu'une toxicomanie est diagnostiquée et leur confèrent la responsabilité d'informer les autorités de délivrance du permis du problème de toxicomanie affectant le malade/le titulaire du permis. Dans la pratique, ce système ne fonctionne pas très bien (Albery et Strang, 1995; Albery *et al.*, 1998). Les auteurs soutiennent que cela est dû au fait que «les médecins ne sont pas au courant de ces procédures, ou parce qu'ils estiment que cela encouragerait puissamment les individus à éviter de se faire soigner – ce qui est inacceptable et peut être en conflit avec leurs obligations professionnelles et le devoir de confidentialité».

En ce qui concerne l'Espagne, préalablement à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire, la personne est examinée dans un centre médical spécial par un médecin généraliste, un ophtalmologiste et un psychologue. Il existe près de 1 400 centres de ce type, où environ trois millions de candidats et conducteurs sont contrôlés chaque année. Il y a très peu de cas de retrait du permis de conduire liés à la toxicomanie.

Le gros problème auquel nous, professionnels de la santé qui travaillons dans ce domaine, avons à faire face, est peut-être triple:

1. D'abord, il n'est pas prouvé que le risque d'accident chez les malades toxicomanes soit plus élevé que chez ceux qui n'appartiennent pas à ce groupe pathologique ou ont des antécédents cliniques différents (par exemple anxiété, état dépressif, etc.). Cela s'applique également aux malades toxicomanes en cours de traitement.

D'après la législation, lorsqu'une toxicomanie est diagnostiquée, le sujet ne devrait pas conduire et son permis de conduire devrait lui être retiré. Toutefois:

2. La période la plus dangereuse du point de vue de la sécurité routière est peut-être celle précédant le diagnostic et le traitement, lorsque le sujet était déjà malade (toxicomane) et conduisait sans doute un véhicule, avec un facteur de risque élevé. Pour nous, il ne fait pas de doute que ce sont ces personnes sans surveillance médicale et psychologique adéquate qui représentent le plus gros risque.

3. En outre, une fois que le sujet commence un traitement médico-psychologique et subit des contrôles médicaux réguliers, sa situation change: il peut et doit être correctement informé des effets que les drogues qu'il consomme et sa maladie ont sur la conduite des véhicules, et on doit lui conseiller de s'abstenir de conduire ou d'essayer de ne pas conduire. De plus, une situation de travail encourage les malades à s'intégrer socialement et, très souvent, les aide à abandonner la drogue. Pour de nombreux emplois, il est nécessaire de conduire, ne serait-ce que pour aller travailler. A notre avis, il est préférable qu'une personne qui reçoit un

traitement médico-psychologique approprié conduise pour se rendre sur son lieu de travail au lieu de s'en abstenir à cause d'une possible augmentation du risque d'accident.

De ces trois points de vue, commencer le traitement en retirant le permis de conduire est peut-être une mesure correcte et expéditive, mais surtout une mesure négative en ce qu'elle limite clairement la relation entre le médecin ou le psychologue et le patient.

Il paraît évident que les professionnels de la santé, et en particulier les médecins, devraient procéder à une évaluation clinique de chaque malade fondée sur:

i. les antécédents de toxicomanie;
ii. la pathologie psychiatrique, la psychopathologie et la pathologie médicale;
iii. le traitement prescrit.

Ensuite, en prenant ces trois points en considération, ils devraient donner au malade le conseil approprié: lui dire qu'il devrait essayer de s'abstenir de conduire pendant une période limitée (par exemple pendant les quatre premières semaines du traitement), ou qu'il devrait conduire en se reposant à intervalles réguliers (toutes les heures, etc.), ou encore qu'il ne devrait pas conduire du tout.

Il faudra aussi déterminer quand le sujet est de nouveau apte à conduire sans danger.

Nous estimons que la décision concernant l'aptitude ou l'incapacité à conduire d'un malade toxicomane devrait incomber à un autre professionnel de la santé que celui qui prescrit le traitement, comme c'est le cas en Espagne.

Traitement des malades toxicomanes – Cures d'entretien à la méthadone

Un cas spécial est représenté par les malades souffrant d'une intoxication par les substances opiacées, notamment l'héroïne. En termes simples, les deux principales stratégies sont: i. des programmes de réduction des effets nocifs, en particulier les cures d'entretien à la méthadone; et ii. des programmes sans drogue.

En ce qui concerne les cures d'entretien à la méthadone, la question de savoir si la méthadone elle-même affecte l'aptitude à conduire et si les malades toxicomanes sous traitement d'entretien à la méthadone sont aptes à conduire ou non est très controversée (OEDT, 1999; Hauri-Bionda *et al.*, 1998).

Avant de commenter les données scientifiques existant en la matière, il convient de noter que:

i. tout malade qui entame une cure d'entretien sous méthadone reçoit une dose initiale de méthadone en rapport avec la quantité d'héroïne ou d'autre substance opiacée qu'elle prend. Manifestement, un sujet qui prend 30 mg/jour n'est pas le même que celui qui prend 120 mg/jour;

ii. au début du traitement, le malade reçoit des doses élevées de méthadone qui sont progressivement réduites. De plus, des médicaments complémentaires sont souvent prescrits (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques) pour traiter la pathologie psychiatrique du malade. C'est habituellement un long processus, et il y a même des malades qui prennent de la méthadone pendant des années. En outre, il existe à la fois des programmes très stricts et des programmes très flexibles d'entretien sous méthadone. Quand il s'agit d'interpréter l'aptitude à conduire, il est clair qu'il n'y a pas de comparaison possible entre les phases

initiales du traitement et les périodes où le malade est stabilisé, ou encore la fin de la cure, lorsque seules de très faibles doses de méthadone sont prises. Ce qui signifie que ni les cures d'entretien à la méthadone elles-mêmes ni les malades qui les suivent ne sont homogènes.

Le tableau 2 présente les conclusions relatives à la méthadone tirées de l'analyse de la littérature sur la relation entre la consommation de drogue, l'altération de la capacité à conduire et les accidents de la circulation, effectuée pour le compte de l'OEDT (OEDT, 1999).

Elle conclut en général que la méthadone n'a pas d'effet marqué sur la performance psychomotrice et que, sauf au début du traitement (le premier mois), les malades en cure d'entretien à la méthadone sont aptes à conduire. Il y a néanmoins encore beaucoup d'aspects à étudier. Dans l'état actuel des connaissances, la décision, surtout en début de traitement, est difficile à prendre et devrait être fondée sur une évaluation personnalisée du malade.

Il convient de noter que le LAAM (lévo-alpha-acétylméthadol) a été également introduit, et que cette substance, avec la buprénorphine, est utilisée dans les cures de substitution. Nous avons peu d'informations sur la manière dont ces substances affectent l'aptitude à conduire.

Un mot enfin sur les programmes sans drogue. Ici, c'est la naltrexone qui est normalement administrée, et elle ne semble pas avoir d'effets marqués sur l'aptitude à conduire. Toutefois, le résumé des caractéristiques du produit (version espagnole) indique que la naltrexone peut interférer avec la capacité psychique et/ou mentale nécessaire pour entreprendre des tâches exigeant une attention particulière, comme la conduite de véhicules.

Réhabilitation des délinquants en matière de conduite sous l'influence de drogue

La rééducation de ces délinquants devrait être comprise dans une large acception afin de recouvrir tout schéma de traitement visant à changer le comportement du délinquant de manière à ce qu'il ne persiste pas à combiner consommation de drogue et conduite d'un véhicule. A cet égard, on peut recourir à des méthodes éducatives, à des techniques psychologiques, à des traitements médicaux ou à un mélange approprié de ces trois catégories.

Dans le domaine de l'alcool, la rééducation des délinquants en matière de conduite en état d'ivresse s'est avérée efficace, avec une grande variété de programmes et de démarches d'un pays à l'autre (Wells-Parker *et al.*, 1995).

Pour autant que nous le sachions, on dispose dans les pays de l'Union européenne d'une expérience très limitée en matière de rééducation des conducteurs sous l'influence de drogue.

Perspectives

A notre avis, toute démarche visant à cerner de manière exhaustive la question des drogues illicites et de la conduite ne doit pas manquer d'envisager deux aspects importants: i. les cas individuels des malades et le traitement qu'ils exigent (toxicomanie); et ii. la nécessité de rééduquer les délinquants en matière de conduite sous l'influence de drogue.

En outre, il est indispensable d'impliquer les professionnels de la santé qui traitent ces personnes, puisque ce sont eux qui sont en contact avec les malades et qui s'occupent d'eux, et qu'en règle générale les malades ont tendance à prêter attention aux recommandations de leurs médecins.

Selon notre expérience, ces derniers ont besoin de beaucoup plus de preuves scientifiques concernant les aspects mentionnés ici s'ils doivent s'impliquer plus dans les rapports avec leurs malades toxicomanes. Nous avons commenté de nombreux aspects du problème sous l'angle de la logique et de l'hypothèse, mais les décisions devraient être prises sur la base des connaissances scientifiques.

Références

Tableau 1. Directive du Conseil du 29 juillet 1991 relative au permis de conduire (91/439/CEE)

Annexe III: Normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite d'un véhicule à moteur: points concernant les troubles mentaux, l'alcool, les drogues et médicaments

Définitions

1. Aux fins de la présente annexe, les conducteurs sont classés en deux groupes:

1.1. groupe 1: conducteurs des véhicules des catégories A, B et B+E et des sous-catégories A1 et B1.

1.2. groupe 2: conducteurs des véhicules des catégories C, C+E, D, D+E et des sous-catégories C1, C1+E, D1 et D1+E.

Troubles mentaux

Groupe 1

13.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur:

- atteint de troubles mentaux graves congénitaux ou acquis par maladies, traumatismes ou interventions neurochirurgicales;
- atteint d'arriération mentale grave;
- atteint de troubles comportementaux graves de la sénescence ou de troubles graves de la capacité de jugement, de comportement et d'adaptation liés à la personnalité,

sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé et sous réserve, si besoin est, d'un contrôle médical régulier.

Groupe 2

13.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques ou dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

Alcool

14. La consommation d'alcool constitue un danger important pour la sécurité routière. Compte tenu de la gravité du problème, une grande vigilance s'impose au plan médical.

Groupe 1

14.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, ou qui ne peut dissocier la conduite de la consommation d'alcool.

Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur ayant été en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, au terme d'une période prouvée d'abstinence et sous réserve d'un avis médical autorisé et d'un contrôle médical régulier.

Groupe 2

14.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

Drogues et médicaments

15. Abus

Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou, qui sans en être dépendant, en abuse régulièrement, quelle que soit la catégorie de permis sollicitée.

Consommation régulière

Groupe 1

15.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur qui consomme régulièrement des substances psychotropes, qu'elle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre son attitude à conduire sans danger, si la quantité absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à conduire.

Groupe 2

15.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

Tableau 2. Analyse de la littérature sur la relation entre la consommation de drogue, l'altération de la conduite et les accidents de la circulation (EMCDDA, 1999): résumé concernant la méthadone

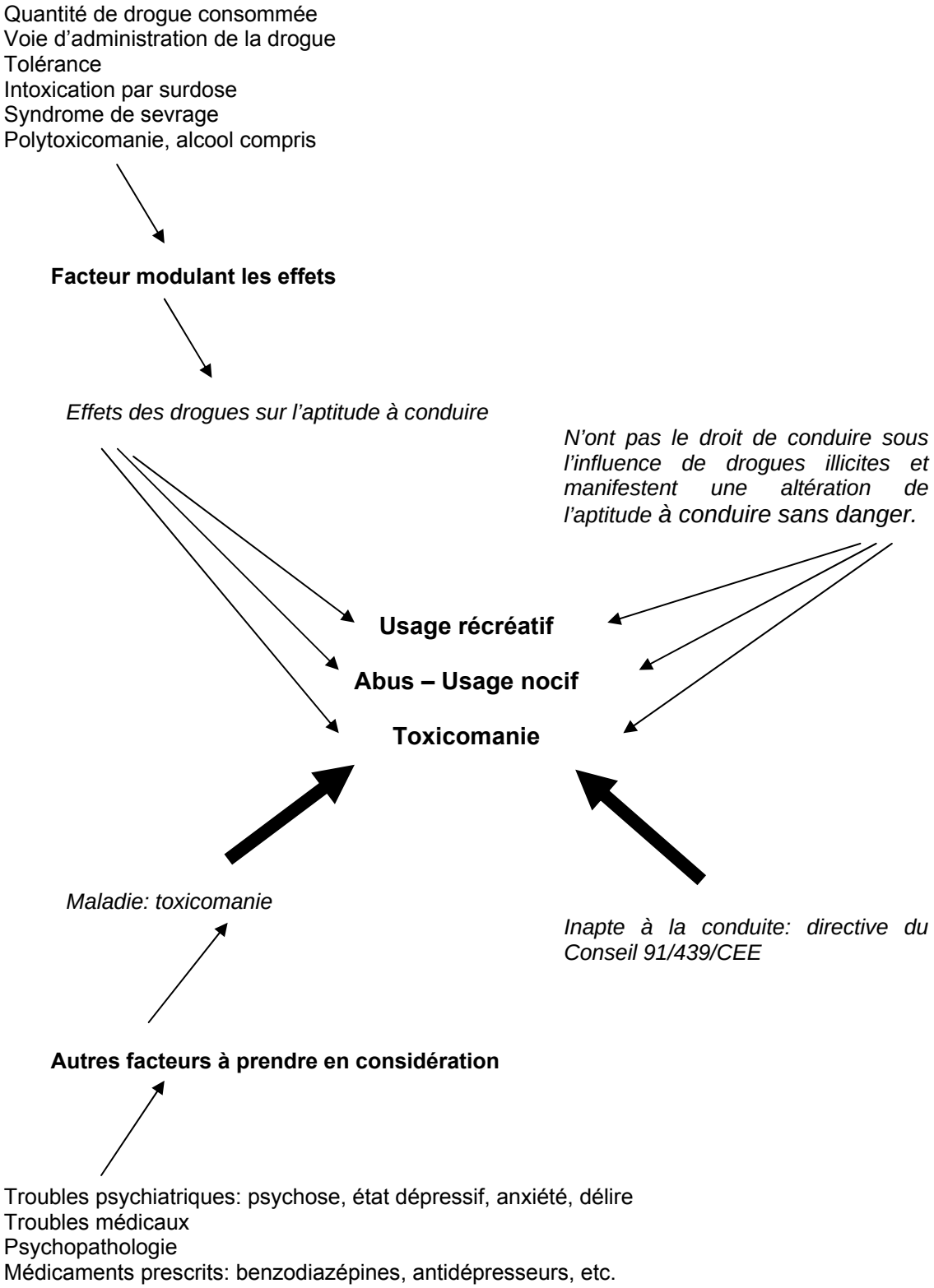
Des études expérimentales ont suggéré que, chez des individus naïfs, l'effet d'une administration aiguë de méthadone est de produire une réduction, proportionnelle à la dose, du temps de réaction, de la fonction visuelle et du traitement de l'information. Toutefois, des altérations psychomotrices significatives sont rarement évidentes lorsqu'on a testé des sujets non naïfs.

En ce qui concerne les malades qui commencent un programme de soutien, la littérature suggère qu'il faut leur conseiller d'attendre jusqu'à un mois avant de se remettre à conduire.
Des études sur le terrain ont montré que, dans les cas où les liquides organiques ont été contrôlés pour rechercher de la drogue à l'état de traces, les analgésiques narcotiques (dont la méthadone) ont été d'une importance secondaire.

En général, les effets des opioïdes sont légers quand on les compare à ceux d'autres drogues comme les benzodiazépines.

Les études expérimentales comme les études sur le terrain suggèrent que la prise de méthadone ne produit pas assez d'altérations de l'aptitude à conduire pour qu'on puisse considérer ses consommateurs comme «inaptes»; les études expérimentales tendraient à suggérer que c'est en particulier le cas chez les consommateurs non-naïfs ou expérimentés.

Figure 1: Drogues illicites et conduite d'un véhicule



Drogues licites et conduite:
la prévention par l'information des patients, des médecins et des pharmaciens

par D^r^ Alain Verstraete, Laboratoire de biologie-toxicologie clinique,
Hôpital de l'université de Gand, Belgique

Introduction: formulation et historique

En 1995 et 1996, l'Etude belge de toxicologie et de traumatologie (BTTS) portant sur 2 053 conducteurs blessés a été menée à bonne fin; 8 % d'entre eux ont été reconnus positifs aux benzodiazépines dans le plasma sanguin, 6 % aux cannabinoïdes et 5,5 % aux opiacés médicamenteux dans l'urine, 2 % aux amphétamines, etc. Ces résultats ont été présentés fin 1996 et le secrétaire d'Etat à la Sécurité, M. Jan Peeters, a entrepris d'élaborer une législation sur les drogues et la conduite. L'une des questions qui se sont alors posées était de savoir s'il fallait que les lois nouvelles ne prennent en considération que les drogues illicites ou également les médicaments. Plusieurs experts ont recommandé de tenir compte de ces derniers, car les toxicomanes font fréquemment usage de médicaments obtenus de façon illicite, rendant ainsi de plus en plus vague la différence entre produits licites et produits illicites. Qui plus est, le nombre de conducteurs qui prennent des médicaments est plus élevé que celui de ceux qui consomment des drogues illicites. En fin de compte, on a pris deux décisions: la loi, suivant en cela l'exemple de l'Allemagne, ne tiendrait compte que des substances illicites et on lancerait une campagne de prévention concernant les médicaments. Le secrétaire d'Etat a demandé à l'Institut belge de la sécurité routière d'étudier la question et celui-ci a chargé par contrat la Société belge et luxembourgeoise de toxicologie (BLT) de réaliser une étude écrite sur les problèmes des médicaments et de la conduite. Deux textes devaient être livrés:

- un rapport concernant l'influence des médicaments sur l'aptitude à conduire qui aborde ce problème de manière générale et qui comprenne un classement des médicaments en fonction de leur influence sur la conduite;
- un texte de vulgarisation destiné au grand public où les résultats du rapport soient résumés dans un langage accessible à tous et comprenant une introduction générale et une liste de médicaments dont l'influence sur la capacité de conduire est clairement indiquée (au moyen de pictogrammes).

Ces travaux ont été menés à terme en 1997 et 1998, rendant ainsi possible dès avril 1999 la production et la distribution des deux brochures.

Méthodes utilisées

Six personnes se sont mises au travail sur ce sujet. C'est le «Compendium belge des médicaments de 1997» qui a fourni la liste des médicaments disponibles sur le marché et 179 molécules appartenant à 9 groupes thérapeutiques ont été étudiées. Nous nous sommes procurés une documentation d'environ 500 références provenant principalement de revues scientifiques et de comptes rendus de conférences. Pour le dépliant destiné au public, nous avons pris contact avec des collègues et obtenu plusieurs exemplaires de brochures existantes. Des recherches sur Internet ont aussi été entreprises pour trouver des textes sur les médicaments et la conduite qui puissent servir à l'information du public.

Pour le rapport, nous avons convenu d'établir un cadre commun pour toutes les drogues licites examinées et d'établir:

- une liste de tous les fabricants de produits disponibles et une notice d'emballage qui parle de la conduite et de l'utilisation de machines;
- les données pharmacocinétiques (durée de la concentration plasmatique et de la demi-vie);
- un compte rendu et une discussion des études utiles qui existent déjà;
- une classification, basée dans ce cas sur le système adopté par Wolschrijn *et al*. qui contient sept catégories: pas d'effet (I), effet mineur (II1) et modéré (II2), effet et effet grave (III). De plus, il existe trois classes (I*, II* et III*) en fonction du profil pharmacologique (pour les médicaments sur lesquels il n'existe pas suffisamment de données).

Pour le dépliant à l'usage du public, nous nous sommes procuré des exemples d'autres pays (Australie, Finlande, France, Allemagne, Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni).

Quelque temps plus tard, il fut décidé d'ajouter au rapport une brochure à l'intention des médecins et des pharmaciens parce que ce procédé aurait davantage d'impact et reviendrait moins cher que l'envoi du rapport à tous ces professionnels de la santé (60 000).

Des projets du rapport, de la brochure et du dépliant destiné au public furent soumis à l'industrie pharmaceutique par le biais de leur organisation professionnelle. La première réaction ne fut guère enthousiaste et nous fûmes sévèrement mis en garde que seule la notice d'emballage avait valeur légale et que toute autre information devait se conformer à cette norme. Les fabricants privés réagirent de façon plus constructive, offrant informations manquantes et conseils.

Une seule firme s'opposa avec force au classement d'un médicament dans la catégorie II1. Ils nous firent parvenir davantage d'informations et nous menacèrent d'un procès si le rapport était publié tel quel. Après avoir longuement réexaminé la question, demandé l'avis de nombreux experts et maints débats, le médicament fut reclassé en catégorie I.

Les brochures furent finalement imprimées au mois d'avril (de façon à coïncider avec la nouvelle législation sur les drogues et la conduite). Elles furent au nombre de quatre:

- le rapport, en néerlandais et en français (3 000 exemplaires);
- un CD-Rom contenant le texte du rapport dans les deux langues (3 000 exemplaires);
- une brochure de 32 pages à l'intention des médecins et des pharmaciens (65 000 exemplaires), dans les deux langues;
- un dépliant destiné au grand public (50 0000 exemplaires), dans les deux langues.

La brochure et le dépliant sont distribués gratuitement. La première sera envoyée à tous les membres de la profession médicale conjointement à la *Folia Pharmacotherapeutica*, une publication mensuelle officielle du ministère de la Santé publique. Le dépliant sera distribué dans les cabinets médicaux et les caisses d'assurance maladie, à l'intention du grand public. Le rapport et le CD-Rom seront vendus aux professionnels intéressés au prix de 18,6 euros. De plus, ces informations seront rendues accessibles via Internet, sur le site de l'Institut belge de la sécurité routière (www.bivv.be).

Difficultés rencontrées

Il a parfois été difficile de recueillir des informations, en particulier sur les médicaments anciens: 46 % de ceux-ci ont été rangés dans des classes présumées correctes (I*, II*, III*). Le pourcentage varie entre les différents groupes thérapeutiques. La diversité des protocoles d'études (sujets, tests, doses, usage intensif ou chronique) donnait des résultats parfois contradictoires et rendait quelquefois difficile le classement du médicament.

Le classement parmi les sept groupes n'a pas non plus toujours été aisé. Tel médicament, selon les études existantes, apparaissait dépourvu d'effets indésirables bien que d'autres expériences démontraient qu'il produisait une altération des facultés. La nécessité de classer les médicaments sans tenir compte de la dose a aussi contribué à rendre ce travail difficile.

Les réactions parfois négatives de l'industrie et leurs accusations de manque d'objectivité nous ont laissé quelque amertume.

La demande d'inclusion des noms de fabricants dans le dépliant a constitué un autre problème. Plusieurs membres du groupe de travail ont considéré cette requête comme dangereuse, jugeant que les patients pourraient réagir de manière disproportionnée et cesser de prendre leurs médicaments au lieu de s'abstenir de conduire, avec les conséquences défavorables que cela implique; de plus, ces noms changent, ce qui aurait rapidement rendu le dépliant périmé.

L'avenir

Ce travail ne devrait pas en rester là mais se poursuivre. Il serait possible, par exemple, d'inclure les informations recueillies sur l'altération de l'aptitude à conduire dans les prochaines éditions du compendium. Il faudrait aussi étudier les médicaments les plus récents et les classes non encore examinées, et décider si l'on fait tout cela sur une base nationale ou internationale (européenne).

Les emballages des médicaments doivent-ils porter une étiquette d'avertissement? Cette question, à considérer l'expérience d'autres pays, reste ouverte.

Remerciements

Rédaction: Olivier Grenez
BLT: Corinne Charlier, Viviane Maes, Herlinde Smet, Robert Wennig
BIVV – IBSR: Saskia Alaerts, Nicole De Vrieze, Ruddy Dieleman
Conseils: J. Alvarez , J. de Gier, P. Lillsunde, J. O'Hanlon

Les programmes de substitution (méthadone) et la capacité de conduire

par le professeur Hans-Jürgen Battista, Institut de médecine légale, Université d'Innsbruck, Autriche

Introduction

En Autriche, où la méthadone est utilisée depuis plus de dix ans comme produit de substitution, l'efficacité de cette forme de thérapie – bien acceptée par les toxicomanes eux-mêmes – n'est plus à prouver. L'un des objectifs essentiels de cette thérapie de substitution est la réhabilitation psychosociale des toxicomanes souffrant de polytoxicomanie. Dans la société d'aujourd'hui, le permis de conduire est non seulement important, en terme d'image, mais il est aussi indispensable, dans la plupart des cas, à une intégration professionnelle à part entière.

Dispositions législatives concernant l'aptitude à conduire

Les diverses dispositions à observer pour autoriser une personne à circuler sur la voie publique se trouvent dans la loi relative aux véhicules automobiles (vingtième amendement), dans la loi relative au permis de conduire (vingtième amendement) et dans le Code de la route (vingtième amendement), ainsi que dans les divers décrets d'application.

S'agissant d'autoriser les participants de programmes de substitution à conduire un véhicule, il est dit dans un arrêté du ministère de la Santé du 22 janvier 1991 que «la question de l'aptitude à conduire durant un traitement de substitution est particulièrement importante, car le fait de retirer automatiquement auxdits participants l'autorisation de conduire réduit ou exclut toutes possibilités d'insertion professionnelle».

Les dispositions réglementaires figurent dans le décret d'application de la loi relative aux véhicules automobiles ainsi que dans la loi de 1997 relative au permis de conduire et le décret d'application correspondant. C'est en premier lieu à un médecin, en règle générale au médecin du service public des autorités concernées, qu'il appartient de décider si un conducteur automobile se trouve dans un état physique et psychique lui permettant de maîtriser un véhicule automobile, de conduire sur la voie publique et de respecter, ce faisant, les règles de circulation. Il faut à cet effet que les patients suivant un programme de substitution, de même d'ailleurs que les patients traités avec des substances psychotropes, soient informés, conseillés et contrôlés, s'agissant de savoir si le traitement qu'ils suivent risque d'entraîner une diminution de leur capacité à conduire. S'il y a lieu de craindre que l'aptitude à conduire d'une personne donnée puisse être diminuée en raison de sa maladie ou de son traitement, un examen psychiatrique et psychologique spécifique est requis.

Une décision dûment motivée ne peut se prendre sur la seule base d'un examen psychologique, elle doit s'appuyer également sur un examen médical.

En cas de rechute, pour ce qui est de l'abus d'opiacés ou d'opioïdes, ou de la polytoxicomanie, il est du devoir du médecin de vérifier si la personne en question est encore apte à conduire ou, dans le cas contraire, de proposer des mesures appropriées. Il pourra, en l'occurrence, faire une notification aux autorités compétentes, mais il n'y est plus tenu en vertu des nouvelles dispositions de la loi de 1998 relatives aux médecins en ce qui concerne l'obligation de secret et de déclaration.

Méthodes

Pour étudier l'aptitude à conduire de participants à un programme de substitution à la méthadone, nous avons sélectionné trente-quatre personnes en prenant soin de vérifier qu'elles aient toutes participé au moins six mois au programme et observé les règles énoncées dans l'arrêté du ministère de la Santé.

Nous avons examiné les critères ci-après:

- examens psychopathologiques;
- tests psychologiques;
- concentration de méthadone dans le sérum;
- présence de VIH;
- dépistage de drogue à partir d'échantillons d'urine (opioïdes, opiacés, avec différenciation, cocaïne, benzodiazépine, méthaqualone, barbituriques, amphétamines, antapentan);
- état neurologique.

Le prélèvement sanguin pour la détermination du taux de méthadone a été effectué immédiatement avant, le prélèvement d'urine pour le dépistage de drogue, immédiatement après les tests psychologiques.

Comme groupe témoin, on a utilisé pour les tests psychologiques les valeurs standards de sujets sains du même âge. On a considéré qu'en principe un test VIH positif ou des symptômes psychiatriques secondaires ne nécessitant pas de psychomédication très puissante ne diminuaient pas l'aptitude à conduire. Les patients présentant des symptômes manifestes de sida n'ont pas été autorisés à participer à notre étude. On a tenu compte dans des cas précis de la modification de l'aptitude à conduire par suite d'affections isolées ou dans le cadre d'une infection VIH (par exemple encéphalopathie VIH, polyneuropathie) ou du fait de psychosyndromes organiques d'autre origine, séquelles d'une polytoxicomanie par exemple ou encore d'autres symptômes cliniques.

Résultats

La dose quotidienne de méthadone administrée oscillait entre 10 et 180 mg. On a observé une très nette corrélation entre les taux de méthadone relevés dans le plasma sanguin et les dosages utilisés; ces taux allaient de 0,09 à 1,32 mg par litre de plasma.

Pour évaluer la capacité de réaction, nous avons utilisé le dispositif de détermination de Wiener. Les performances de mémorisation verbale ont été évaluées à l'aide du test d'Arnold-Kohlmann. La mémoire visuelle à court terme a été évaluée à l'aide du test de Benton, la capacité d'attention et de concentration à l'aide du dispositif de Pauli (+d2 après Brickenkamp). Sur les 34 sujets, 22 ont obtenu les résultats requis pour être jugés aptes à conduire; 9 sujets ont même obtenu des résultats au-dessus de la moyenne.

Au demeurant, aucun résultat psychopathologique n'a été de nature à compromettre l'appréciation positive de l'aptitude à conduire découlant des tests psychologiques. 15 sujets, dont 10 étaient séropositifs, présentaient des troubles psychopathologiques. Lors des examens individuels, 4 patients présentaient des symptômes de psychose toxique, un patient souffrait d'une dépression exogène. Chez 10 patients, l'examen a révélé une encéphalopathie discrète ou un psychosyndrome organique, conforme au diagnostic neurologique de dysfonctionnement cortical diffus. Comme indiqué ci-

dessus, 17 des 34 patients étaient séropositifs, sans présenter toutefois des symptômes manifestes de sida.

Le dépistage de drogue a donné des résultats positifs dans 6 cas. Nous avons estimé que ces sujets étaient temporairement inaptes à la conduite. Mais nous pouvions parfaitement envisager de modifier notre appréciation dans un délai de six mois, sous réserve de pouvoir effectuer l'intégralité des contrôles requis.

19 patients dont 9 séropositifs ont satisfait les critères que nous avions établis pour juger l'intéressé apte à conduire. Au total, 25 patients avaient déjà été en possession d'un permis de conduire avant le début du traitement de substitution. Sur les 25, 7 ont été jugés aptes à conduire, ce qui permet de supposer que les titulaires du permis de conduire sont nettement plus motivés pour obtenir des résultats positifs aux tests.

Discussion

De simples évaluations de l'aptitude à conduire de toxicomanes en état d'abstinence ou durant une thérapie de substitution ne sauraient remplacer une évaluation véritablement individuelle des capacités d'un sujet précédemment pharmacodépendant. Pour nuancer l'évaluation, il faudra tenir compte de la personnalité du pharmacodépendant et de son état psychique et physique du moment qui jouent un rôle déterminant, ainsi que d'éléments spécifiques de la décision personnelle de participer à la circulation. Il faut, d'une part, corriger quelques vagues objections et idées préconçues sur la fiabilité au volant d'anciens pharmacodépendants, lancés sur les routes d'aujourd'hui mais, d'autre part, il faut se garder d'évolutions subjectives trop favorables de l'aptitude à conduire des pharmacodépendants suivant un traitement, ce pour privilégier leur réhabilitation.

Le but de cette étude sur l'évolution de l'aptitude à conduire de pharmacodépendants se soumettant à un traitement de substitution à la méthadone n'était pas de relever chez des sujets donnés un ensemble de facteurs – imputables à la substitution de méthadone – restreignant les aptitudes requises pour la conduite d'un véhicule; il s'agissait plutôt de montrer clairement que ledit traitement pouvait entraîner chez certains sujets pharmacodépendants des modifications positives de paramètres spécifiques de l'aptitude à conduire et, partant, de la participation à la circulation routière.

Examen de contrôle cinq ans après

Pour les 34 sujets initialement examinés, l'examen de contrôle effectué en 1997 a abouti au tableau sociodémographique ci-après:

– sujets suivant toujours le traitement de substitution à la méthadone à la consultation externe de la clinique psychiatrique de l'université	13	38,2 %
– sujets ayant arrêté le traitement pour suivre une autre thérapie de substitution ou un autre type de traitement	2	5,9 %
– sujets en détention	1	2,9 %
– sujets ayant véritablement mené le programme de substitution à la méthadone à terme	5	14,7 %
– sujets ayant déménagé ou disparu ou interrompu le traitement de substitution	6	17,7 %
– sujets décédés	7	20,6 %

Eu égard à la question initiale – Substitution de méthadone et aptitude à conduire

13 sujets ont pu ainsi être intégrés dans un examen de contrôle. Grâce à l'enregistrement ininterrompu des données par la consultation externe de la clinique psychiatrique de l'université, il a été possible d'établir pour les cinq dernières années le comportement des consommateurs de drogue pendant la thérapie de substitution, c'est-à-dire, le cas échéant, la consommation parallèle de drogues ou de médicaments non prescrits.

Résultats

Sur les 13 sujets examinés cinq ans après:

- 8 sont séropositifs (5 présentent des symptômes manifestes de sida);
- 10 sujets perçoivent une pension d'incapacité de travail;
- 1 sujet est inscrit au chômage;
- seuls 2 sujets ont une activité professionnelle régulière.

Sur le plan social, cette situation est le reflet d'un certain retour à la normale et d'une vie relativement réglée, mais révèle toutefois une absence de résultats, c'est-à-dire de resocialisation, sur le plan de la réinsertion professionnelle. En ce qui concerne le renoncement à la drogue, c'est-à-dire l'absence de consommation parallèle au cours des cinq dernières années, les analyses toxicologiques font apparaître les résultats suivants:

- pas de consommation parallèle pour 4 sujets;
- consommation parallèle très ponctuelle pour 2 sujets;
- consommation parallèle occasionnelle ou fréquente pour 5 sujets au cours de la période d'observation;
- apparition de problèmes d'alcoolisme chez 3 sujets.

Il conviendra d'ajouter qu'à côté de la dose de méthadone, les substances les plus fréquemment consommées sont les dérivés de la benzodiazépine, essentiellement diazépam, oxazépam, flunitrazépam et bromazépam, suivies de la codéïne, de la dihydrocodéïne, et de la cocaïne; la consommation de dérivés d'amphétamines et d'alcool est plus rare. A l'exception du thiopentale utilisé à des fins d'anesthésie, on ne peut plus obtenir de barbituriques en Autriche, ils n'interviennent donc plus dans la consommation. D'autres substances comme la phencyclidine, plus connue sous le nom de «poudre d'ange», ou le propoxyphène ne peuvent être décelées que ponctuellement. Nous effectuons aussi pour le LSD des contrôles ponctuels, à l'improviste, mais à l'exception des essais circulaires (interlaboratoire) nous n'avons pas obtenu jusqu'ici de résultats positifs.

D'après les critères d'évaluation de 1992, sur les 13 patients participant au programme de substitution, 5 avaient alors pu être jugés aptes à conduire. D'après ces mêmes critères lors de l'examen de contrôle en 1997, 4 sujets ont pu être jugés aptes à conduire, 4 sujets ont cessé de remplir les conditions requises en la matière au cours des cinq dernières années, 3 sujets jugés inaptes en 1992 ont rempli dans l'intervalle les conditions d'aptitude requises. Pour 1 sujet seulement, les conditions sont restées stables d'après les résultats de l'examen. La proportion de sujets séropositifs ou de malades du sida dans le groupe de suivi est particulièrement élevée, puisque 5 sujets

sont atteints du sida et 3 autres, séropositifs. Sur les 3 sujets jugés aptes à conduire à l'issue de l'examen de contrôle, 2 sont séronégatifs, 1 est séropositif.

Discussion

En raison de la diversité des parcours des sujets du groupe d'origine traité à la méthadone, toute conclusion relative à l'aptitude à conduire ne peut concerner que les sujets ayant poursuivi le traitement de substitution. Si l'on considère l'ensemble des critères, il apparaît que les performances de ce groupe régressent pour ce qui est de satisfaire aux conditions d'aptitude, 3 sujets que l'on pouvait initialement considérer comme aptes n'étaient plus capables, à l'issue des cinq années de traitement de substitution, d'obtenir les résultats requis. L'un des sujets a fini toutefois par être jugé apte à la conduite, à l'issue de la période d'observation, alors qu'il ne remplissait pas les conditions requises au départ. Le résultat est faussé du fait de la forte proportion de séropositifs ou de malades du sida qui présentaient des déficits de performance cognitive dès le premier examen, mais de façon plus marquée à la date du deuxième, à cause d'une encéphalopathie due au VIH. A partir du parcours global des 34 sujets, on peut conclure, en ce qui concerne l'aptitude à la conduite, que les conditions suffisantes et nécessaires pour conduire des véhicules en toute sécurité existent et sont remplies:

- si le patient s'engage sérieusement dans une thérapie de substitution en suivant scrupuleusement toutes les instructions, à l'issue d'une année d'observation au plus tôt;
- s'il n'y a aucune consommation parallèle de drogues illégales ou de médicaments non prescrits;
- si le patient s'abstient totalement d'alcool;
- si l'autorisation de conduire un véhicule est limitée dans le temps et assortie d'un contrôle régulier et périodique des aptitudes requises.

Les mauvais résultats de la resocialisation reflètent les problèmes des séropositifs ou des malades du sida; sur les 13 sujets du groupe de suivi, les 8 séropositifs étaient tous bénéficiaires d'une pension d'incapacité de travail. S'agissant des porteurs du VIH, il importe d'accorder la plus grande attention non seulement à la consommation parallèle, mais aussi, surtout, pour l'aptitude à conduire, aux déficits cognitifs. Il faut noter cependant que les sujets séropositifs représentent aujourd'hui un pourcentage nettement moins élevé de l'ensemble des groupes suivant un programme de substitution en Autriche. A l'époque de la première étude, environ 50 % des participants au programme de substitution étaient séropositifs, or ce pourcentage est passé ces derniers temps à 6 %. En revanche, le pourcentage des cas d'hépatite C a augmenté, passant à 70-80 % des sujets.

La participation active de toxicomanes à la circulation routière, en tant que conducteurs de véhicules, est quasi unanimement rejetée, compte tenu du risque y afférent. Quant à savoir si et dans quelle mesure les toxicomanes peuvent réacquérir les compétences requises pour conduire un véhicule au terme d'une cure de désintoxication ou d'une thérapie de substitution, la question est du ressort des juristes spécialisés en droit de la circulation, des médecins et des thérapeutes pour toxicomanes. Les thérapies et les efforts déployés en la matière ont pour objet, outre la désintoxication ou la substitution sans consommation parallèle de drogues illégales, le rétablissement psychique et physique et la resocialisation. La possession du permis de conduire est plus que l'expression de l'intégrité d'une personne, elle est aussi l'une des conditions d'une existence «intacte» au plan social.

Il ressort de nos examens que l'on peut laisser le permis de conduire, au moins temporairement, à un nombre non négligeable de sujets «substitués» sous réserve d'une évaluation sérieuse de leurs aptitudes et d'une surveillance stricte, ce qui semble aller de soi dans tout programme de substitution à la méthadone. Une telle décision peut également avoir une influence positive sur la réhabilitation des toxicomanes. Il y a lieu toutefois de préciser que ces remarques ne valent que pour des traitements à la méthadone; elles ne peuvent en aucun cas s'appliquer à des sujets traités aux opiacés (morphine, codéïne, dihydrocodéïne).

Critères retenus pour l'étude

- examens psychopatologiques;
- tests psychologiques;
- concentration de méthadone dans le sérum;
- présence du VIH;
- dépistage de drogue à partir d'échantillons d'urine (opioïdes, opiacés avec différenciation, cocaïne, benzodiazépine, méthaqualone, barbituriques, amphétamines, antapentan);
- état neurologique.

Tests psychologiques

- capacité de réaction;
- dispositif de détermination de Wiener;
- performances de mémorisation verbale;
- test d'Arnold-Kohlmann;
- mémoire visuelle à court terme;
- test de Benton;
- capacité de concentration;
- dispositif de Pauli.

Situation sociodémographique des sujets ayant passé un examen de contrôle

- continuation du traitement 1328,2 %
- arrêt du traitement 25,9 %
- en détention 12,9 %
- achèvement du traitement 514,7 %
- interruption du traitement 617,7 %
- sujet décédé dans l'intervalle 720,6 %

Situation sociale des sujets ayant fait l'objet d'un examen de contrôle

- n = 13
- séropositif 8
- incapacité de travail 10
- chômage 1
- activité professionnelle régulière 1

Conclusions

- participation à une thérapie de substitution en respectant toutes les instructions;
- au terme d'une année d'observation au plus tôt;
- pas de consommation parallèle de drogues illégales ou de médicaments non prescrits;
- stricte abstinence d'alcool;
- permis de conduire de durée limitée avec contrôle régulier et périodique de l'aptitude à conduire.

Collaborateurs

- Clinique universitaire de psychiatrie: H. Rössler, F. Deisenhammer, V. Günter, L. Prokop, A. Ober et Y. Riemer.
- Clinique universitaire de neurologie: P. Pohl.
- Institut de médecine légale

La restitution des permis de conduire et l'évaluation médico-psychologique des conducteurs en Allemagne et dans certains pays européens

par Wolf-Rüdiger Nickel, TÜV MPI GmbH,
Unternehmensgruppe TÜV Süddeutschland, Allemagne

Résumé

Certaines catégories, bien définies par la loi, de conducteurs dont le comportement à haut risque est notoire et peut être exprimé en termes de conduite sous influence (DUI), de conduite sous l'influence de drogue (DUID), de conduite agressive ou négligente, ou qui présentent une altération de l'aptitude à conduire par suite d'un handicap physique ou mental ont l'obligation de se soumettre à une évaluation médico-psychologique (MPA) lors de leur demande de restitution d'un permis de conduire.

Le but de cette mesure administrative est double: il s'agit en premier lieu de s'assurer que les conducteurs reconnus inaptes à la conduite d'un véhicule ne reprendront pas le volant aussi longtemps qu'ils ne seront pas capables de faire la preuve du contraire et, ensuite, de déterminer les causes sous-jacentes de leur comportement négligent de manière à leur permettre de prendre les mesures de réadaptation à la conduite qui s'imposent.

Cette évaluation médico-psychologique (MPA) a été expérimentée sur une grande échelle et les résultats montrent une baisse très significative du taux de récidive (plus de 50 %) aussi bien pour les conducteurs dont l'évaluation a débouché sur un résultat positif que pour ceux qui ont participé à des programmes de réinsertion.

Nous nous proposons de débattre ici des critères juridiques, médicaux et psychologiques de cette évaluation (y compris des variables de la personnalité et des aptitudes).

L'ingénieur Edward Murphy Jr., capitaine de la base Edwards de l'armée de l'air, et son collègue de recherches, le major John Paul Stapp, biophysicien et médecin, ont tiré l'enseignement suivant d'une suite d'échecs observés lors de tests mesurant le stress résultant de phases de décélération brusque: «s'il existe plusieurs façons de réaliser un travail donné et que l'une d'elles ne peut que se terminer en désastre, alors il se trouvera quelqu'un qui le fera de cette manière» (Block, 1979). Cela est certainement vrai aussi de la conduite automobile.

Eléments de base

Les tests psychologiques permettant de se former une opinion sur les compétences des travailleurs au sein des entreprises, du personnel des chemins de fer, des chauffeurs de camions militaires et des automobilistes privés se sont développés dès la fin du siècle dernier et se sont poursuivis très avant dans les années 20 de ce siècle. Ces tests portaient surtout sur les capacités et en particulier sur le temps de réaction, car on s'accordait alors à penser qu'une dextérité et une habilité très développées étaient les meilleurs garants de succès dans un travail tel que l'utilisation de machines et la conduite. Il est intéressant de constater que cette croyance survivra, à l'aube du nouveau siècle dans lequel nous allons entrer, bien que les recherches menées en psychologie aient démontré la supériorité des variables combinées pour la prédiction d'un succès dans le domaine de la conduite.

En Allemagne, de la seconde guerre mondiale à nos jours – et surtout au cours des quinze dernières années – le développement de l'évaluation médico-psychologique s'est opéré dans le sens d'une approche intégrée: le conducteur doit être physiquement et mentalement apte à conduire. On admet qu'il existe une corrélation entre les variables physique et mentale. La seule dextérité ne suffit pas, d'un point de vue psychologique; les variables de la personnalité, les traits de caractère et certaines conditions requises de comportement jouent aussi un rôle important, car il y corrélation entre le comportement au volant, le potentiel de risques et les causes des accidents.

La situation dans les différents pays est la suivante:

Pays	**Evaluation du conducteur**	**Réinsertion du conducteur**
Autriche	oui	oui
Danemark	non	oui
France	oui, HRO partiel	non
Allemagne	oui	oui
Hongrie	oui	oui
Italie	oui; une seule province	oui, une seule province
Pays-Bas	non	oui
Espagne	oui	en cours d'élaboration
Suède	non	programmes à l'essai
Suisse	oui	oui, ¼ des cantons
Royaume-Uni	oui, HRO seulement	oui

(selon Nickel, 1995)

Procédure d'évaluation

Evaluation à des fins administratives

Les conducteurs contrôlés pour des raisons administratives sont principalement ceux qui font une demande de restitution après que le permis leur a été retiré pour conduite en état d'ivresse ou conduite sous l'emprise de drogue, infractions dans le cadre d'un système de permis à points ou en raison de handicaps physiques et/ou mentaux. Tous les conducteurs de taxis et de transports publics doivent se soumettre à plusieurs reprises à une évaluation au cours de leur carrière, indépendamment d'infractions ou de délits éventuels.

1. *Exigences physiques*

Une liste des exigences physiques – «Maladie et circulation routière» – sert de référence à toutes les évaluations médicales; cette brochure résume les connaissances médicales et a été publiée par un conseil consultatif de la médecine routière des départements de la circulation et de la santé. Elle est régulièrement mise à jour pour tenir compte des progrès scientifiques de la médecine. Il est actuellement question d'unifier les listes de critères physiques et psychologiques pour assurer l'uniformisation de leur application.

2. *Exigences psychologiques*

Les critères d'évaluation dont se sert la MPA pour parvenir à une recommandation finale destinée aux services administratifs compétents sont les suivants:

- dépendance vis-à-vis de l'alcool;
- manque de contrôle de soi dans le comportement vis-à-vis de la boisson;
- alcoolisme;
- alcool et conduite (conditions pour des changements d'attitude face à la boisson et à la conduite);
- autres infractions au Code de la route sans alcool;
- autres infractions de caractère général sans relation avec l'alcool;
- altération organique de l'aptitude à conduire;
- condition psychofonctionnelle (évaluée par des procédés d'analyse informatisés – ART 2020 – produits, normalisés et validés en Autriche par KfV);
- possibilités d'amélioration au moyen d'une formation;
- possibilités d'amélioration au moyen d'un cours.

D'autres aspects sont pris en considération tels que la perception visuelle, les capacités de réaction, de concentration et de résistance au stress, la coordination entre l'œil et la main, l'intelligence et la mémoire de même que l'attitude face à la circulation, la tendance à prendre des risques, la conscience des normes sociales, le contrôle de soi, la stabilité émotionnelle, l'agressivité, etc.

L'évaluation individuelle dure en moyenne de trois à quatre heures. Le résumé de la MPA est fait par des médecins et des psychologues et prend deux ou trois heures supplémentaires. Le prix d'une MPA est d'environ 300 dollars des Etats-Unis qui sont à la charge des délinquants. La proportion de conducteurs contrôlés chaque année est de 0,28 % (140 000 sur 50 000 000).

Les détenteurs de permis et/ou les candidats doivent décider s'ils désirent, au vu des résultats de leur MPA, s'adresser ou non aux services compétents. Si ce n'est pas le cas, les doutes des autorités quant à l'aptitude du conducteur prévaudront, et, en conséquence, le permis de conduire ne sera pas restitué. Mais si la MPA donne un résultat positif et que celui-ci est communiqué aux services administratifs compétents, le permis sera restitué.

Au cas où le résultat de la MPA est négatif et présenté aux autorités, le permis sera, selon le cas, retiré ou non restitué. Les conducteurs qui contestent cette décision peuvent faire appel devant un tribunal administratif. L'affaire peut être portée à tous les niveaux de la juridiction administrative jusqu'au Tribunal administratif fédéral qui statuera en dernier ressort (ce qui se produit dans un cas sur cent mille environ).

Les centres pratiquant des MPA doivent être accrédités conformément à EN 45013 qui stipule que tout le personnel d'évaluation et de réinsertion doit être encadré et supervisé pour assurer un contrôle de qualité (voir Nickel, 1997, p.102).

Critères d'évaluation

Pour donner un exemple, il faudrait considérer le problème de la drogue de façon approfondie et conformément aux *Lignes directrices psychologiques* (Kroj *et al*., 1995)

Principes directeurs

1. Le toxicomane, ou celui qui, sans être dépendant, abuse des drogues illicites (selon DSM-III-R) ou fait usage de drogues qui vont affecter de façon négative ses aptitudes physiques et mentales ou sa capacité de jugement lors de la conduite d'un véhicule (selon ICD-10), ne peut être considéré comme parfaitement apte à conduire.

Cette déclaration, qui peut aussi s'appliquer à l'alcool et aux médicaments disponibles sur prescription vise surtout:

- les cannabinoïdes (haschisch ou marijuana);
- les hallucinogènes tels que le LSD, la mescaline et diverses drogues de synthèse (DOM, DOB, ecstasy, PCP);
- les stimulants tels que les amphétamines et la cocaïne (le «crack»);
- les opiacés tels que la morphine ou l'héroïne.

2. Une altération du jugement ainsi que des capacités physiques et mentales du conducteur peut se produire même lorsque celui-ci ne consomme de telles drogues qu'en de rares occasions ou seulement en petites quantités.

Même si un spécialiste est à même de dissiper tous les doutes sur l'aptitude de son client à conduire, les principes directeurs du ministère exigent malgré tout un rapport émanant d'un centre MPA.

En revanche, dans un verdict rendu le 24 juin 1993, la Cour suprême a décidé de ne pas exiger un tel rapport MPA si un cannabinoïde n'a été pris, pour en faire l'expérience qu'en une seule et unique occasion. Les autorités doivent donc tout d'abord vérifier s'il a été fait usage de la drogue à maintes reprises ou de façon régulière, par exemple au moyen d'analyses de laboratoire.

Conditions requises pour l'aptitude à la conduite

Si un client a été déclaré inapte à conduire conformément à 1., ou s'il subsiste des doutes sur son aptitude conformément à 2., les conditions suivantes doivent alors être remplies avant que la décision prise ne puisse être révoquée:

1. Il n'existe aucun indice permettant de penser que l'usage de drogue continue.

2. Il n'existe aucun indice qu'il soit fait usage de produits de substitution (tels que l'alcool, la méthadone* ou d'autres substances psychotropes).

3. En cas de dépendance ou d'usage de stupéfiants, le client doit se soumettre à une cure de désintoxication ou recevoir une assistance sociopsychologique qui puisse le mener à une abstinence stable.

4. Il doit exister un ensemble convainquant de preuves que le client a pris ses distances face à la drogue.

5. Il ne doit subsister aucune divergence entre les intentions avouées du client et les résultats des examens médicaux (voir le rapport *Krankheit und Kraftverkehr*).

6. En principe, la période d'abstinence doit durer un an au moins (par exemple du début à la fin de la cure de désintoxication).

7. Il s'est produit un changement décisif dans la situation personnelle du client au cours de la période d'abstinence (par exemple dans son comportement et dans son environnement social).

8. Il y a eu stabilisation ou disparition des symptômes de disfonctionnement organique ou psychique qui auraient pu être imputés à une consommation antérieure de stupéfiants.

9. Il n'y a pas de problèmes psychiques induisant le client à éprouver un ressentiment envers la société.

10. Les troubles de la personnalité qui pourraient avoir été à l'origine de la consommation de stupéfiants ont été identifiés et surmontés.

11. Le client doit être intellectuellement, psychologiquement et fonctionnellement en mesure d'affronter convenablement les différentes situations de la circulation routière. Concernant les moyens permettant d'évaluer les aptitudes du client, voir les sections 4.7 (Diminution des capacités psychiques et fonctionnelles) et 4.8 (Altération des aptitudes intellectuelles).

* Pour les clients qui suivent un traitement de substitution à la méthadone, un rapport MPA peut être, dans de rares cas, à conseiller. Il devrait être précédé d'une consultation; le client devrait avoir satisfait à toutes les exigences du traitement à la méthadone pendant une année au moins, sans prescription d'aucune autre drogue (ce qui est à vérifier par un dépistage polytoxicologique dans les urines ou une analyse de cheveux). Par ailleurs, il est nécessaire qu'un excellent pronostic puisse être établi concernant son développement social.

En raison des risques élevés que cela implique, les conducteurs transportant des passagers ou des matières dangereuses doivent subir, munis d'une autorisation générale de conduite, une période probatoire d'une durée d'un an au moins et pouvoir aussi prouver qu'ils se sont abstenus de toutes drogues pendant une autre année entière. Avant cette période de probation, le conducteur doit avoir convaincu un centre MPA qu'il est apte à conduire.

Explications et remarques

L'aptitude d'un conducteur subit une altération considérable s'il est physiquement ou psychologiquement dépendant de substances psychotropes. Il peut présenter des symptômes d'intoxication et/ou d'état de manque. La consommation de substances psychotropes peut avoir des effets à long terme sur la sécurité routière en affaiblissant l'efficacité physique et intellectuelle du conducteur, ou en altérant ses capacités de jugement.

Il peut arriver notamment que la personnalité du conducteur subisse un changement radical et qu'il se sente de plus en plus mis au ban de la société; il ne se souciera alors que très peu de la sécurité publique.

L'usage de stupéfiants présente comme autre caractéristique négative qu'il ne peut y avoir aucune certitude quant au moment précis où les effets vont survenir. Les capacités et le comportement du conducteur pouvant être sujets à une altération soudaine, il peut en résulter à tout moment une situation potentiellement dangereuse. Dans la circulation, l'usage des drogues est particulièrement dangereux parce qu'il n'existe aucun moyen de prévoir le moment, l'intensité et la durée des effets qui peuvent influencer les capacités du conducteur.

On doit aussi supposer qu'un conducteur qui fait usage de stupéfiants ne sera pas capable de prendre une décision rationnelle lorsqu'il s'agit de s'abstenir de prendre le volant s'il se trouve sous l'emprise de la drogue.

D'autres informations peuvent être obtenues dans DSM-II-R et dans ICD-10 ainsi que dans le rapport *Krankheit und Kraftverkehr*.

Médicaments – Abus et dépendance

Principe directeur

La personne qui fait usage de drogues ayant le pouvoir de créer une dépendance ou qui ne respecte pas la posologie des médicaments qui lui ont été prescrits, produisant ainsi une altération de ses aptitudes physiques et intellectuelles ou de ses capacités de jugement, ne peut être considérée comme parfaitement apte à conduire.

Les médicaments dont nous parlons peuvent être classés comme suit:

- les anesthésiques, tels que les narcotiques et les opiacés;
- les autres types d'analgésiques;
- les produits de substitution (par exemple la dihydrocodéine);
- les somnifères;
- les solvants chimiques (médicaments contenant de l'éthanol);
- les sédatifs (benzodiazépines);
- les orexigènes et les anorexigènes;
- les médicaments contre l'asthme et les antiallergiques, etc.

Conditions requises pour l'aptitude à la conduite

Si un conducteur a été déclaré inapte à conduire ou s'il existe des doutes sur son aptitude, celle-ci ne peut être reconnue que si les exigences psychologiques suivantes sont satisfaites:

1. Il n'existe aucune preuve que le conducteur continue de prendre les médicaments ou les substances psychotropes analogues qui ont conduit au retrait de son permis. Si la consommation se justifie pour des raisons médicales, les médicaments doivent alors être dosés conformément à la prescription du médecin. Il faut s'assurer que la prise du médicament ne constituera pas une menace pour la sécurité routière.

2. Il n'existe aucune preuve de l'usage de produits de substitution (par exemple l'alcool).

3. Le conducteur a suivi une cure de désintoxication ou reçu une assistance sociopsycologique dans le but de s'abstenir de toutes substances ou de ne pas excéder la posologie.

4. En principe, il doit s'être écoulé un an au moins depuis que la dépendance ou la consommation de drogue a été constatée, à dater par exemple de la fin d'une cure de désintoxication hospitalière.

5. Des examens de laboratoire positifs n'entrent pas en contradiction avec la déclaration d'un client qui affirme être abstinent ou s'être conformé à la posologie (voir le rapport *Krankheit und Kraftverkehr*).

6. Le client est déterminé à ne pas faire usage de substances psychotropes.

7. Au cours de sa période d'abstinence, le client a ressenti des changements positifs dans sa personnalité, dans son comportement et dans son environnement social.

8. Le client est guéri de la maladie qui l'a conduit à abuser des médicaments ou peut faire état d'un pronostic de stabilité.

9. Il n'y a pas de troubles psychologiques susceptibles d'affecter sa faculté de se conformer aux normes du comportement requis par la conduite d'un véhicule.

10. Le client est conscient des raisons pour lesquelles il a abusé des médicaments prescrits et les a comprises.

11. Il est intellectuellement, physiquement et fonctionnellement capable de neutraliser toutes ses faiblesses éventuelles de sorte qu'il se comportera convenablement dans la circulation. Les sections 4.7 et 4.8 énumèrent les moyens qui pourraient permettre l'évaluation de ces différents facteurs.

En raison des risques élevés que cela implique, les conducteurs transportant des passagers ou des matières dangereuses doivent subir, munis d'une autorisation générale de conduire, une période probatoire d'une durée d'un an au moins et pouvoir aussi prouver qu'ils se sont abstenus de toutes drogues pendant une autre année entière. Avant cette période de probation, le conducteur doit avoir convaincu un centre MPA qu'il est apte à conduire.

Explications et remarques

La consommation des substances psychotropes mentionnées ci-dessus peut avoir des effets à long terme sur la sécurité routière en affaiblissant l'efficacité physique et intellectuelle du conducteur ou en altérant ses capacités de jugement.

L'usage de stupéfiants présente comme autre caractéristique négative qu'il ne peut y avoir aucune certitude quant au moment précis ou les effets vont survenir. Les capacités et le comportement du conducteur pouvant être sujets à une altération soudaine, il peut en résulter à tout moment une situation potentiellement dangereuse.

D'autres informations peuvent être obtenues dans DSM-II-R et dans ICD-10, ainsi que dans le rapport *Krankheit und Kraftverkehr*.

Evaluation pour d'autres raisons

Une procédure prévoyant analyses et assistance sociopsychologique pour les conducteurs de 18 à 25 ans s'est développée en collaboration avec German Lloyd. Elle comporte trois phases: 1. évaluation des variables d'aptitudes; 2. confrontation avec le diagnostic; 3. assistance individuelle basée sur l'évaluation.

Ces analyses englobent la perception (mesurée par TT15 de l'art. 2020), le comportement réactif (mesuré par RST 3) et la concentration (mesurée par Q1).

La séance de prise de connaissance du diagnostic dure environ une demi-heure et a pour but d'examiner sous tous leurs aspects toutes les possibilités de risques; elle se déroule conformément à des lignes directrices spécifiques et les résultats en sont consignés aux fins d'une évaluation ultérieure.

L'assistance individuelle sert à informer le conducteur (la conductrice) des résultats de son évaluation d'aptitude et de risque et à lui apporter aide et conseils pour l'engager à opérer dans son comportement les changements qui pourraient être nécessaires.

Ensuite, German Lloyd reçoit le dossier contenant les conclusions: il s'agira soit de «potentiel de risque élevé» (ce qui se traduira par une faible réduction de la prime de responsabilité civile), de «potentiel de risque moyen» (ce qui entraînera une réduction plus forte de la prime), ou encore de «potentiel de risque peu élevé» (ce qui aura pour résultat une baisse intéressante de la prime de responsabilité civile).

Toutes les autres informations recueillies sur le participant sont tenues confidentielles.

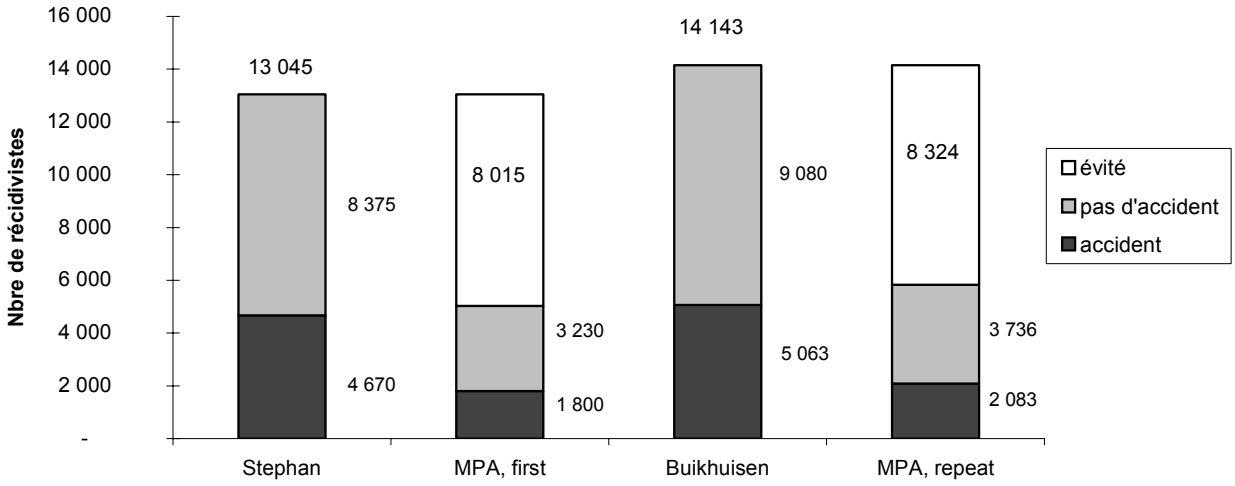
Evaluation

Les procédés de contrôle et les méthodes thérapeutiques ont été récemment revus.

L'un des buts de l'évaluation était de mieux se rendre compte si la MPA et le programme de réinsertion, tels qu'ils se sont développés, contribuent à la sécurité globale de la circulation routière. En Allemagne, les quotas de récidive obtenus pour les délinquants primaires n'ayant ni subi d'évaluation ni suivi aucune thérapie sont de 24,9 % (Stephan). Nous avons constaté en revanche une baisse de la récidive de plus de la moitié (Jacobshagen et Utzelmann, 1998):

- 27,9 % de tous les délinquants ont été évalués «positifs»; parmi ceux-ci, 11,2 % ont récidivé dans les 36 mois.
- 30,5 % de tous les délinquants ont été évalués «négatifs» mais remplissaient malgré tout les conditions requises pour une thérapie; parmi ceux qui ont suivi ce traitement, 13,8 % ont récidivé.
- 41,6 % de tous les délinquants ont été évalués «négatifs»; 21,2 % de ces conducteurs ont récidivé.

Estimation de la réduction des délits de conduite en état d'ivresse (DD) résultant du système allemand d'octroi du permis de conduire



Les colonnes «Stephan» et «Buikhuisen» montrent le nombre prévu de récidivistes sur la base de la totalité des délinquants évalués (N = 52393 pour les délinquants primaires et N = 50153 pour les récidivistes). Les colonnes «première MPA» et «MPA répétée» montrent le nombre exact de récidivistes après la MPA de 1993 (parties noires et grises du tableau); les parties blanches des colonnes montrent le nombre de délits évités de conduite en état d'ivresse.

Bibliographie

- A. Block, *Murphy's Law*, Los Angeles, Price, 1979.

- W. Jacobshagen et H.D. Utzelmann, *The Medico-Psychological Assessment Procedure for Drivers with alcohol offences and drivers with a high penalty-point status,* VdTÜV Forschungsberichte, Cologne, 1998.

- G. Kroj, G. Kajan, F. Meyer-Gramcko, W.-R. Nickel, W. Preusser, G. Richardt, W. Schubert, E. Spoerer, E. Stephan, U. Undeutsch, H.D. Utzelmann, W. Winkler, *Psychologisches Gutachten Kraftfahreignung*. Erstellt durch die Kommission der Sektion Verkehrspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen e.V. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 1995.

- W.-R. Nickel, *Re-granting of Driving Licences,* International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Maastricht, Munich, 1995.

- W.-R. Nickel, «Rehabilitation of drunk drivers – Programme effectiveness and quality control» *in* R. Risser, *Assessing the Driver,* Faktor Mensch im Verkehr, Braunschweig, 1997.

- E. Stephan, «Die Rückfallwahrscheinlichkeit bei alkoholauffälligen Kraftfahrern in der Bundesrepublik Deutschland»*, Zeitschrift für Verkehrssicherheit,* 30, 1979.

L'expérience autrichienne en matière de diagnostic des personnes ayant commis des infractions liées à la drogue

par D^r^ Alexander Kaba, Kuratorium de la sécurité routière, Autriche

Du point de vue des lois et règlements, la situation est très semblable en Autriche et en Allemagne. Toutefois, l'Allemagne n'est pas dotée d'institutions ressemblant au *Amtsarzt* autrichien. En Autriche, les autorités qui délivrent les permis emploient des médecins chargés d'établir l'aptitude physique des conducteurs. L'Institut de psychologie évalue uniquement les facteurs psychologiques (MPA, par exemple) et non pas les facteurs médicaux.

Les limites fixées pour l'alcool s'appliquent aussi aux stupéfiants. Lorsqu'un conducteur est soupçonné d'abus de drogue, son permis lui est temporairement retiré et l'intéressé est soumis à des examens, qui peuvent comprendre un examen psychologique (*VPU*, *Verkehrspsychologische Untersuchung*). Le conducteur risque aussi de se voir infliger une amende administrative, mais la justice n'est saisie que s'il est impliqué dans un accident ayant entraîné des dommages corporels. Dans ce cas, le conducteur peut être privé définitivement de son permis de conduire; il ne pourra le récupérer qu'après avoir suivi une formation spéciale. Une étude menée en 1994 sur 134 conducteurs au comportement suspect qui étaient passés par notre institut a montré que la plupart d'entre eux étaient nés entre 1966 et 1970 et avaient donc une trentaine d'années. Selon cette étude, les produits les plus consommés étaient le haschisch et la marijuana; la faible proportion d'autres produits s'expliquait peut-être par le succès de la répression ou la mauvaise détection de ces produits.

70 personnes n'avaient commis aucune infraction au Code de la route, mais avaient été arrêtées pour consommation de drogue; elles ont été jugées par un tribunal, qui a prononcé une suspension de permis d'un ou deux ans. On a constaté que 24 conducteurs avaient consommé des stupéfiants ou d'autres substances comme l'alcool. Chez de telles personnes, on évalue les conditions préalables liées à la personnalité qui sont indispensables à la conduite d'un véhicule et l'aptitude réelle à conduire un véhicule. A cette fin, on utilise, comme en Allemagne, un test d'intelligence non verbale («Art 20/20»), qui permet d'évaluer l'attention dans certaines circonstances, de mesurer la capacité à prendre des décisions et à réagir lorsque des événements se produisent sur la route, d'évaluer l'aptitude à la structuration visuelle, de mesurer la capacité à percevoir par la vue des événements se produisant sur la route, et d'évaluer la résistance au stress. Ce test permet non seulement d'évaluer l'aptitude à conduire, mais aussi de mettre en évidence certains aspects de la personnalité. Il est pratiqué sur des personnes qui conduisent sous l'emprise de stupéfiants ou participent, en vertu de la loi (*Suchtmittel Gesetz*, *SMG*), à des programmes d'utilisation de produits de substitution. Différents facteurs ont une influence, favorable ou défavorable, sur l'aptitude à conduire. Prenons par exemple le facteur familial, instrument de diagnostic utilisé par nos psychologues. L'aptitude à conduire est influencée favorablement par de bonnes relations avec ses parents ou son partenaire, des projets familiaux concrets, l'absence de stress particulier dans les relations familiales, la sécurité financière, des responsabilités familiales et un emploi stable. En revanche, une famille désunie et l'absence de relations et de responsabilités ont une influence défavorable sur l'aptitude à conduire. Nous parlons de tous ces éléments avec l'intéressé. D'autres éléments favorables sont la formation, la profession, le passage direct de la formation au monde du travail et une activité professionnelle motivante. Parmi les facteurs négatifs figurent des redoublements répétés, des changements d'établissement scolaire, un faible niveau d'instruction, de fréquents changements d'emploi, l'absence de projets et plusieurs périodes de chômage. Nous nous intéressons aux changements intervenus dans la vie familiale et

professionnelle au cours des semaines ou des mois précédents. Il convient aussi de prendre en compte des éléments liés à la conduite d'un véhicule: utilisation du véhicule, accidents et sanctions. Les habitudes de consommation d'alcool et de stupéfiants ont également une grande importance.

Les critères sont les mêmes que ci-dessus, y compris une abstinence d'au moins un an.

Groupe de travail A1 : Aspects Juridiques

par le professeur Hans-Peter Kruger, Université de Würzburg, Allemagne

Résumé

Il est très difficile de résumer l'ensemble de cette demi-journée, qui comportait à la fois des contributions détaillées et des discussions reflétant clairement la personnalité et la profession des participants. Il est également très difficile de rendre compte des activités d'autres personnes *sine ira et studio* lorsqu'on a sa propre opinion. Les documents relatifs aux contributions ayant été distribués, je n'entends pas rendre compte point par point des documents et des débats, mais présenter les résultats de notre groupe de travail A1 d'un point de vue plus ou moins personnel et qui peut prêter à discussion.

L'objectif de l'atelier «législation» était de présenter et d'examiner le fondement juridique de la législation relative aux stupéfiants, l'état de cette législation dans différents pays et le contexte actuel. Traditionnellement, cette législation repose sur:

- une compréhension de l'origine du problème;
- une définition des fondements juridiques de la réglementation;
- l'ensemble des mesures nécessaires pour assurer le respect de la loi.

Enfin, la législation doit également prouver que les objectifs fixés sont atteints – une manière de «contrôle de qualité».

Les premiers documents présentés dans le cadre de l'atelier traitaient de ces problèmes. A la lumière des résultats de notre étude principale, nous devons tout d'abord distinguer entre:

- le problème de la drogue dans la société;
- et celui – qui représente en quelque sorte un sous-ensemble du précédent – de la drogue au volant.

Comme l'a fait remarquer Frances Huessy, dans le monde actuel, le problème de la drogue au volant doit être abordé dans toutes ses dimensions. La politique, l'économie et la culture influencent dans une large mesure la façon dont une société fait face au problème de la drogue. La conclusion de Frances Huessy est des plus concises: la seule façon de traiter ce problème de façon efficace et responsable est d'accepter d'en examiner toutes les facettes et d'être toujours conscient qu'une approche isolée se soldera par un échec. Le problème de la drogue au volant doit donc être abordé dans un contexte plus large. Or, pour être franc, cela n'a pas été le cas lors de l'atelier A1.

Une approche étroite du problème de la drogue au volant soulève immédiatement une question essentielle: doit-on privilégier la «tolérance zéro» ou la notion d'«affaiblissement des facultés/aptitude à conduire» (*impairment*)? L'option «tolérance zéro» apparaît comme une voie large et facile à suivre, une démarche très aisément justifiable: qui juge souhaitable l'usage de drogue dans la société ou au volant? Les drogues sont interdites d'une manière générale; elles doivent par conséquent l'être également au volant. La réglementation routière est un instrument au service de la prévention de la toxicomanie. Point final.

Le second type de démarche est spécifiquement liée à la conduite, à la circulatiion routière. A la base de la réglementation on trouve la notion d'affaiblissement des facultés (*impairment*). Cette approche a été adoptée par toutes les législations

nationales bien avant que le problème de la drogue ne prenne de l'ampleur. Ce principe est solidement ancré dans les droits et les obligations constitutionnels du citoyen, applicables également aux conducteurs. La prévention des risques est un principe fondamental de la législation routière, tout à fait indépendamment des préoccupations actuelles telles que la drogue.

L'option consistant à se fonder sur la concentration de la substance – qui soulève la question de savoir quel taux autoriser – n'est qu'une variante de l'approche fondée sur l'aptitude à conduire, dans la mesure où une corrélation significative entre l'altération des facultés et le taux de concentration est scientifiquement établie. Cette dernière approche, qui prend en compte tous les types d'effets néfastes, est fortement liée à l'évaluation des risques.

L'altération de la capacité de conduire est synonyme d'une augmentation des risques de la circulation qui peut et doit être démontrée. L'approche correspondante repose sur une évaluation au cas par cas – une vision d'horreur pour certains praticiens.

Encore une fois, le groupe de travail A1 ne s'est pas penché sur la justification de la réglementation: que ce soit dans l'optique de la prévention de la toxicomanie (tolérance zéro) ou dans celle de la prévention des risques (altération des facultés). Il me semble, sans intentions polémiques, que cela mérite d'être relevé. S'écartant quelque peu des résultats des tables rondes, les participants étaient quasi unanimes dans leur acceptation de l'option «tolérance zéro». Cette approche est facile – peut-être trop facile, comme nous allons le voir.

Ces deux démarches doivent se traduire en termes concrets au niveau de l'action de la police. Melanie Mettke a donné une présentation très intelligente des principes essentiels sur lesquels reposent les mesures policières: l'efficacité (qui peut conduire la police à effectuer des tests au hasard, avec obligation de s'y soumettre) et le respect des droits civils, tel que celui de ne pas être soumis à des ingérences policières (la police n'étant, en vertu de ce principe, autorisée à agir qu'en présence de soupçons). Melanie Mettke a montré de manière saisissante comment les différents systèmes juridiques s'efforcent de concilier le respect des droits fondamentaux de l'individu et la nécessaire défense de l'intérêt général. Encore une fois, ce problème n'a pas été examiné par le groupe de travail.

Ce dernier s'est principalement consacré à la deuxième partie des documents concernant les différentes solutions adoptées en Belgique, en Suède, en Suisse et au Portugal. Les problèmes essentiels soulevés par l'ensemble de ces documents étaient d'ordre très pragmatique: impossibilité de punir, en vertu de la législation antérieure, un conducteur sous l'emprise de drogue, sauf s'il mettait réellement autrui en danger; impossibilité de ne pas se préoccuper du problème des concentrations de substances, etc. Et la solution consiste à adopter une nouvelle législation consacrant le principe de la «tolérance zéro».

Lors du débat sur ces nouvelles législations, les participants se sont penchés sur des problèmes très concrets:

- quelles sont les substances concernées?
- Quelle est la procédure à suivre par la police: observation de l'altération des capacités du conducteur, puis analyse des urines, puis du sang?
- Que se passe-t-il en cas de refus du conducteur?
- Pour combien de temps peut-il être contraint à ne plus conduire?

Il s'agit de questions qui doivent impérativement être traitées et elles ont été largement débattues. La plupart des participants ont semblé approuver les approches adoptées par ces pays: tolérance zéro, réglementation efficace de l'activité policière et imposition de conditions strictes pour la restitution du permis de conduire.

Encore une fois, en toute objectivité, il faut dire que la question essentielle de l'altération des facultés, autrefois motif constitutionnel de condamnation, n'est plus qu'un principe de procédure (existence de soupçons). Quant au taux maximal de concentration pris comme équivalent du degré d'altération des capacités de conduite, il devient, dans le cas de la tolérance zéro, un motif procédural d'ouverture de poursuites.

Il est trop tôt pour évaluer les conséquences de ce type de réglementation. Espérons que cette approche donnera des résultats. Mais, dès aujourd'hui, le prix à payer pour ces solutions simples et pragmatiques est évident. Ces dernières sont axées sur les substances et s'appuient sur l'interdiction des drogues illicites pour justifier la lutte contre les drogues au volant. Des difficultés apparaissent lorsque d'autres substances telles que les médicaments font aussi l'objet du débat. Hans Laurell nous a présenté un document d'une grande honnêteté intellectuelle exposant la nouvelle législation suédoise qui interdit tout stupéfiant au volant. Cette solution est claire et délibérée: toutes les substances susceptibles d'avoir un effet incapacitant doivent être interdites sur la route. Tolérance zéro, même pour les benzodiazépines.

Pourtant, dans sa phrase suivante, Hans Laurell a dû admettre que cela posait une foule de problèmes dans le cas des médicaments pris sur prescription: lorsqu'un stupéfiant est prescrit par un médecin, quelle doit être la concentration autorisée? Quelle est la dose normale? Qu'est-ce qu'une dose excessive? Il sera très difficile de définir le «créneau thérapeutique» d'une telle substance, en établissant une distinction entre usage licite et usage illicite. Que faire si une dose normale entraîne une altération de l'aptitude à conduire? Les Suédois semblent parfaitement conscients des nombreux problèmes que cela pose, mais ils veulent «attendre pour voir». Il semble qu'il s'agisse là d'un nouveau type de «législation expérimentale».

Les mêmes problèmes se posent en Suisse, où la réglementation relative aux drogues est également applicable aux médicaments. L'Office fédéral de la santé publique (Bundesamt für Gesundheit) doit définir pour toutes les substances thérapeutiques les limites à partir desquelles une concentration donnée ne peut être considérée comme le résultat d'une dose normale.

Il est véritablement utile de noter qu'au moment même où le problème des médicaments se pose, l'option de la tolérance zéro doit être abandonnée au profit de la fixation de taux limites, ce qui, comme nous l'avons vu, relève en fait d'une démarche axée sur l'état des facultés. Il semble peu adéquat d'imposer des sanctions pour l'utilisation de médicaments. Doit-on le faire dans le cas de drogues illicites? Pourquoi abandonner l'approche fondée sur l'altération des facultés dans le cas des drogues? Peut-être parce qu'une altération générale de la capacité de conduire après la consommation de drogue ne peut être prouvée? Ou bien, comme l'a dit très sèchement David Rowe, «si les drogues n'entraînent aucune altération des facultés, où est le problème?».

En résumé, l'option favorite semble être la solution simple de la tolérance zéro, du moins chez les participants au symposium. Le principe en est simple: la police doit rechercher les signes d'une consommation de drogue – et pas nécessairement d'une altération des facultés – afin de justifier une prise de sang qui, à son tour, justifie une sanction en cas de présence d'une substance illicite. Dans le cas des médicaments, la

«position de repli» adoptée est en fait un retour à l'option axée sur l'altération des facultés – quelque peu masqué par le débat sur les taux de concentration normaux et anormaux.

Nous ne nous sommes pas penchés sur les effets de la décision tendant à une tolérance zéro sur la population à risque, à savoir les jeunes conducteurs. Que pensent-ils de nos réglementations? Acceptent-ils les principes moraux qui sous-tendent la loi? Que se passe-t-il s'ils ne les acceptent pas? Nous revenons ici au début des travaux de notre groupe, avec Frances Huessy soulignant la nécessité d'une approche intégrée du problème.

D'autres symposiums de ce type seraient fort utiles.

Groupe de travail A2 : Aspects pratiques de l'application de la loi et de la détection

par D^r^ Rob Tunbridge, Laboratoire de recherche des transports, Royaume-Uni

C'est pour moi un grand privilège que d'être sollicité pour être rapporteur du groupe de travail A2, qui couvre les aspects pratiques de l'application de la loi et de la détection. Lorsque les rapporteurs se sont rencontrés lundi, nous avions au départ élaboré une série de huit questions à poser au groupe de travail aux fins de discussion, questions qui abordaient les problèmes principaux tels que nous les concevions. Lors de la session d'hier après-midi, nous avons assisté à une série de six communications qui devaient théoriquement durer environ quinze minutes chacune, mais, à la suite des discussions prolongées qu'elles ont suscitées, nous avons fini non seulement par employer tout le temps imparti mais aussi par déborder de l'horaire prévu jusqu'à 18 heures sans que ces questions soient proposées d'une manière formelle à la discussion. Je crois néanmoins que nous avons fait le tour des problèmes dans les questions formelles des communications et dans les discussions qui ont suivi.

Il me serait agréable ce matin de prendre le temps de revenir sur chaque communication et sur les problèmes qui y ont été abordés. Nous avons commencé par un excellent article de David Rowe. Je ne le dis pas seulement parce que c'est un collègue mais parce que je le crois sincèrement. M. Rowe nous a donné une description des problèmes de l'application de la loi sur la drogue au volant tels que nous les connaissons au Royaume-Uni, mais je crois qu'une grande partie de notre expérience se retrouve partout ailleurs. Il nous faut avant toute chose définir l'ampleur du problème de la drogue au volant, mais là, nous nous heurtons à trois difficultés. D'abord, nous n'avons pas de dispositifs de dépistage en contrôle routier acceptables, ensuite, la formation des fonctionnaires de police en matière de reconnaissance des drogues est insuffisante, et, enfin, il existe quelques restrictions juridiques à l'identification de la conduite sous influence de drogue – par exemple des limitations portant sur les contrôles routiers.

Nous savons qu'actuellement, au Royaume-Uni, la loi sur la drogue au volant est très rarement appliquée: on relève seulement 1 850 cas par an comparés à plus de 100 000 inculpations pour conduite en état d'ivresse, et, pour ces 1 850 cas, une grande proportion de contrôles positifs. Manifestement, un nombre significatif de conducteurs toxicomanes nous échappent. Nous voyons ici la nécessité d'établir pour un dispositif de dépistage sur le terrain un cahier des charges qui soit de préférence une norme européenne. Ce dispositif doit être précis, fiable, facile d'emploi, robuste et peu coûteux. Nous pensons qu'il devrait probablement fonctionner à partir de prélèvements de salive. David Rowe a brièvement abordé le problème de la démarche juridique à adopter et Hans-Peter Krüger a couvert ce sujet plus en détail. Devrait-ce être la tolérance zéro, laquelle se fonde essentiellement sur une démarche de lutte anti-drogue, ou devrait-ce être une démarche fondée sur la notion d'altération de l'aptitude à conduire et qui prend en compte le risque d'accident de la circulation?

David Rowe a également abordé la production souhaitable, à long terme, d'un dispositif qui testerait l'altération de la conduite en général, quelle qu'en soit la source – l'alcool, les drogues et la fatigue au volant – mais je crois que, pour cela, il faudra attendre quelque peu.

Nous avons entendu ensuite une communication extrêmement intéressante de Jørg Mørland qui nous a donné son appréciation de la situation en matière de

conduite sous influence de drogue en Norvège et nous a expliqué pourquoi tant de cas sont détectés par rapport au reste de l'Europe. Le sujet était fascinant et nous a donné à réfléchir sur la manière dont nous procédons pour détecter la drogue au volant. En Norvège, le nombre de cas de drogue au volant détectés est du même ordre que le nombre de cas d'alcool au volant. Tout au contraire de la majorité des autres pays d'Europe, où le rapport entre le nombre de cas détectés d'alcool au volant et de drogue au volant peut atteindre 50 contre 1, ce qui est certainement vrai au Royaume-Uni.

Il y a apparemment plusieurs raisons à cette situation: une prise de conscience particulière du problème de la drogue au volant de la part des fonctionnaires de police norvégiens, un système judiciaire généralement coopératif et doté de procédures normalisées, un laboratoire officiel d'analyses unique pour les prélèvements, une relative abondance de médecins légistes et – ce qui me semble suprêmement important – une utilisation critique des installations de test respiratoire par les fonctionnaires de police. Des sujets qui avaient été contrôlés négatifs pour l'alcool ont très souvent subi un contrôle ultérieur alors que dans plusieurs autres pays, je crois, leur cas aurait été abandonné à ce stade. C'est manifeste dans le contexte du nombre très élevé d'alcootests pratiqués en Norvège – environ 1 million par an – qui est du même ordre qu'au Royaume-Uni pour une population dix fois inférieure. Un autre facteur est que le gouvernement central prend à sa charge une partie du coût des contrôles, ce qui contribue probablement à leur efficacité.

Nous avons eu ensuite une communication de Sabine Joó, Allemagne, qui nous a donné une brève description des nouvelles lois de 1998 sur la drogue au volant et nous a fait un rapport complet sur la manière dont ces lois fonctionnent en Allemagne, où la formation spécifique à la reconnaissance des drogues est fondée sur une version simplifiée du programme expert de reconnaissance des drogues américain, qui contribue à faciliter la détection de la conduite sous influence de drogue. Comme beaucoup d'entre nous d'un bout à l'autre de l'Europe sommes en train d'adopter ou de songer à adopter cette formation, cette communication a été très pertinente et pleine d'enseignements. A l'heure actuelle, je pense qu'il est juste de dire qu'on table sur la formation d'un nombre limité de fonctionnaires de police et sur le ciblage des délinquants éventuels à des heures particulières, par exemple la nuit et dans des lieux tels que les discothèques.

La communication suivante a été présentée par Bud Perrine, des Etats-Unis. Il nous a fait un historique très instructif de l'élaboration et de la validation du programme expert américain de reconnaissance des drogues, à partir de sa mise au point dans les années 70, il nous a donné des détails sur la formation nécessaire et sur la validation, et des chiffres démontrant à quel point les experts en reconnaissance de drogue (DRE – *Drug Research Expertise*) réussissent à identifier d'une manière cohérente les conducteurs dont la performance est altérée par la drogue. Lorsqu'il avait dirigé l'an dernier les premières tables rondes sur ce sujet – auxquelles participaient la plupart d'entre nous – il avait découvert que la majorité des experts européens avec qui il s'était entretenu étaient désireux d'adopter une version du programme DRE, mais sous une forme simplifiée qui puisse convenir aux divers systèmes et lois européens. Ce mouvement s'amorce, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Puis nous avons eu une communication de Charles De Winter, de la Gendarmerie belge. Il nous a fait une présentation très utile des efforts accomplis par la Belgique pour améliorer son système de détection de la conduite sous influence de drogue, efforts motivés par le fait incontestable que des conducteurs revenant des Pays-Bas présentaient une altération de la capacité à conduire sans être nécessairement en possession de drogue. Des contrôles systématiques en 1993 et 1994 ont montré que

17 % des conducteurs interpellés dans la région d'Anvers étaient contrôlés positifs pour des drogues. Ces résultats et ceux de l'«Etude belge en matière de toxicologie et de traumatisme» (BTTS) du D[r] Alain Verstraete qui montraient que 10 % des conducteurs blessés avaient des drogues illicites dans le sang et 9 % des benzodiazépines, ont suscité le développement du système actuel visant à améliorer la détection de la conduite sous influence de drogue en Belgique. Il comprendra un dépistage de l'altération de l'aptitude à conduire pratiqué lors du contrôle sur route suivi d'un prélèvement d'urine. Si le résultat est positif, un prélèvement sanguin serait exigé pour être utilisé au tribunal. Un programme complet de formation des fonctionnaires de police est sur le point de commencer en Belgique.

Enfin, le D[r] Charles Mercier-Guyon nous a présenté une évaluation complète de la valeur et du rôle d'une estimation de l'altération de l'aptitude à conduire pratiquée non seulement sur la route mais aussi par un médecin. Depuis l'avènement de l'alcootest en contrôle routier, bien des talents traditionnels permettant de détecter l'inaptitude à la conduite, notamment sur la route, se sont perdus. Le D[r] Mercier-Guyon croit qu'il est essentiel d'évaluer correctement le comportement des conducteurs, et que ce serait relativement simple sur la route avec un examen complémentaire plus exhaustif pratiqué par un médecin. Cela est utile dans les procès ultérieurs et dans l'évaluation de toute déficience qui pourrait éventuellement résulter de leur état de santé. Je crois que c'est un facteur important dont on n'a probablement pas assez débattu. Je crois que nous devons certainement le prendre en considération si nous adoptons, comme nous sommes de plus en plus nombreux à le faire, une forme du programme DRE. C'est nécessaire pour assurer que nous ne traitions pas injustement des gens qui conduisent en toute légalité mais peuvent souffrir d'un trouble quelconque médicalement reconnu.

En résumé, je crois que nous avons débattu en profondeur des aspects pratiques de l'application de la loi et de la détection sur le terrain, et j'aimerais remercier vivement tous mes confrères et les autres participants pour leur contribution à ce débat.

Groupe de travail B1 : Prévalence, Epidémiologie, Evaluation des Risques

par D^r^ Johan J. de Gier, Oosterhout, Pays-Bas

Il me paraît important, pour commencer ce rapport, de rappeler les observations préliminaires faites hier par le professeur Lagier (France) en introduction à sa communication. Il a insisté très justement sur «la confusion linguistique» qui règne dans le domaine de la consommation de drogues illicites. Si les drogues ne sont pas elles-mêmes illicites, leur usage peut l'être, et, dans la pratique, nous parlons alors d'abus de drogue. Inversement, il peut y avoir un intérêt particulier, thérapeutique, à la consommation de substances par ailleurs illicites. Ce point est fondamental si nous voulons mettre l'accent sur le consommateur de drogue, ce qui n'a pas toujours été le cas. Si nous avions adopté une démarche plus humaniste, et cette remarque n'engage que moi, nous aurions eu l'occasion d'inviter divers groupes d'usagers de drogue, qui auraient pu nous faire part de leurs points de vue et de leurs expériences. Il me semble que l'essentiel de nos débats et de nos conclusions ici ont précisément concerné ces personnes, absentes de notre séminaire.

Comme l'a souligné le professeur Lagier, connaître la quantité de drogues présentes dans l'organisme ne suffit pas, il faut rechercher la présence de drogues illicites et, au besoin, avoir accès également au dossier médical. Je crois que pour beaucoup d'entre nous ici, et sans doute aussi pour les participants aux travaux du groupe, il s'agit là d'une conception neuve. Le professeur Lagier a bien fait remarquer que la confirmation clinique était aussi importante que la confirmation biologique, et l'analyse de sang reste la meilleure façon de procéder en la matière. Cependant, M. Mercier-Guyon en a fait état également, il reste à élaborer une normalisation des procédures et une harmonisation au niveau européen, en particulier dans le domaine de la recherche épidémiologique, pour comparer les données issues de différents pays européens. Cela étant, mettre l'accent sur la confirmation clinique peut poser problème, notamment si les personnes concernées sont mortellement blessées, une situation semble-t-il typique en France, où les efforts ne peuvent être axés que sur cette catégorie de personnes.

Dans la communication très intéressante qui a suivi, M. Verstraete (Belgique) nous a redonné une vue d'ensemble, qu'il a illustrée avec les résultats de plusieurs études épidémiologiques montrant une augmentation notable des accidents chez les conducteurs ayant absorbé des doses élevées de drogues, seules ou en association avec d'autres produits toxiques, y compris l'alcool. Ce phénomène est relevé régulièrement et il me semble qu'il faudrait étudier de plus près la question de l'association drogue-alcool, car il se pourrait bien que les problèmes constatés soient causés par un sous-groupe spécifique de conducteurs qui n'a pas encore été suffisamment étudié. Pour ce qui est de l'absorption conjointe de substances médicamenteuses et d'alcool, il est étonnant de constater que dans l'étude allemande concernant l'ensemble des conducteurs chez lesquels on avait mis en évidence des benzodiazépines, pas un seul échantillon sanguin ne contenait d'alcool. Il faut probablement en conclure que les personnes qui prennent des benzodiazépines en tant que patients sont bien informées des risques qui existent à les associer avec l'alcool. Alors, qu'en est-il des autres groupes? Tiennent-ils compte des conseils reçus ou n'en reçoivent-ils pas? Il apparaît également, dans l'analyse des responsabilités en cas d'accident, que les conducteurs prenant plusieurs types de médicaments causent davantage d'accidents que les autres. Grâce à la pharmacoépidémiologie, nous disposons d'études croisées réalisées à partir des données enregistrées par les médecins ou les pharmaciens qui nous donnent une idée plus précise des incidences relatives de divers médicaments. Certaines des conclusions les plus significatives ont

été résumées par le Dr Verstraete. Pour les benzodiazépines par exemple, il s'avère que les problèmes sont les plus nombreux pendant les deux premières semaines du traitement. Donc, le risque existe et personne ou presque n'y prête vraiment attention. Le Dr Kaba reviendra peut-être sur cette question plus tard, dans son rapport.

L'étude a également permis de conclure que les individus jeunes de sexe masculin constituent un sous-groupe plus exposé que les autres. Nous avons déjà souligné cette particularité à propos de l'alcool. Parmi les autres résultats significatifs, il faut signaler que la consommation de benzodiazépines est en diminution chez la population âgée. Faut-il en conclure que la sécurité routière sera meilleure dans une vingtaine d'années simplement parce que nous aurons attendu assez longtemps pour que les conducteurs âgés soient bien plus nombreux qu'aujourd'hui? Je ne le pense pas, mais il est néanmoins intéressant de s'interroger sur les raisons de cette évolution. Il me semble que les personnes âgées adoptent des stratégies de conduite différentes. Elles décident par exemple de ne pas prendre le volant lorsque les conditions ne leur conviennent pas, ce qui pourrait expliquer la diminution des risques mise en évidence dans les études épidémiologiques.

Il convient cependant d'être prudent et M. Verstraete a pris soin de préciser les limites de ce genre de raisonnement. Dans toute utilisation de données concernant l'exposition d'un patient à une substance quelconque, telle qu'elle peut être reconstituée à partir des informations enregistrées par les pharmaciens ou les compagnies d'assurance, se pose la question de savoir si le patient a effectivement pris les médicaments prescrits. Je dois toutefois dire que s'agissant des benzodiazépines, c'est le surdosage qui se produit le plus souvent.

La question du respect de la posologie pourrait se poser également pour les études sur la polyconsommation de médicaments, et il me semble que ce point n'a pas été assez discuté. En tout cas, la polyconsommation de médicaments dans la vie courante est un phénomène préoccupant. La situation médicale exacte n'apparaît sans doute pas à la seule lecture du registre pharmaceutique, qui, bien sûr, ne nous renseigne pas non plus sur la consommation d'alcool.

Un autre élément manquant est celui des caractéristiques de l'accident, car la plupart de ces données résultent de couplages de dossiers réalisés à l'occasion d'admissions à l'hôpital et concernent donc seulement les accidents les plus graves. On aimerait naturellement disposer également des caractéristiques des accidents se rapportant aux données dont on dispose soi-même.

L'orateur suivant, M. Raemaekers, de Maastricht, a présenté une série d'études très pertinentes sur la conduite, et notamment sur la normalisation des tests de conduite, un sujet sur lequel l'université de Maastricht travaille depuis treize ou quatorze ans. Il a présenté deux tests types: un test classique d'insertion dans la circulation réalisé sur des personnes ayant absorbé des doses récréatives de marijuana et qui se définissent elles-mêmes comme des usagers occasionnels (deux à trois fois par mois) de marijuana. Pour cette étude, la dose la plus élevée était de 300 microgrammes par kilogramme de poids. Il me paraît important de préciser qu'une telle dose est considérée comme élevée dans des conditions normales. Il est intéressant de constater que, dans ce test, la marijuana seule n'avait aucun effet sur le temps de réaction. Ce n'est qu'en association avec l'alcool qu'un effet a été constaté. En revanche, s'agissant de la marijuana seule, objet des travaux du groupe de recherche,

un léger effet a été décelé pour l'index du tissage (*weaving index*) qui faisait partie du test de conduite, effet comparable à celui produit par 0,5 gramme d'alcool par litre de sang, la limite supérieure actuellement fixée par la loi dans de nombreux pays.

S'il y a absorption conjointe de marijuana et d'alcool, un cas de figure étudié à l'université de Maastricht avec un niveau de 0,7 gramme d'alcool par kilogramme, l'altération de la capacité de conduire est comparable à celle produite par des hypnotiques fortement sédatifs, comme le florazabène, dont les effets indésirables sur les conducteurs sont, je crois, bien connus. La présence de marijuana ne permet pas, à elle seule, d'établir de corrélation entre doses absorbées et effets induits. Ce fait mérite d'être signalé, car on met toujours l'accent sur les quantités de produit décelé, que ce soit les benzodiazépines ou les substances du type cannabinols ou GED, alors qu'il faudrait s'interroger sur la pertinence de telles mesures. Il est néanmoins nécessaire, pour des raisons scientifiques, de bien connaître les effets indésirables de certains médicaments sur les conducteurs, de façon à pouvoir établir des corrélations entre ces effets et les résultats des études épidémiologiques.

L'orateur suivant, le professeur Möller (Allemagne), a présenté, dans une communication de qualité, les évolutions récentes dans le domaine de la formation de policiers spécialisés dans la reconnaissance de drogue. Depuis 1997, les agents de police sont en mesure de déterminer s'il convient ou non de procéder à un prélèvement d'urine ou de sang. Il s'agit, à travers ce dispositif, de reconnaître que la drogue peut altérer la capacité de conduire pour, premièrement, mettre en place des procédures normalisées fondées sur l'observation du comportement ou l'existence de signes physiques d'altération et, deuxièmement, faciliter les prélèvements nécessaires.

Les observations notées par la police et les résultats des analyses de sang figureront en fin de compte dans le dossier judiciaire, c'est donc tout un ensemble de données qu'il s'agit d'examiner. Il me semble que, dans l'exemple allemand, et cela n'a rien d'étonnant, les agents de police les mieux formés obtenaient des résultats plus satisfaisants. Il sera intéressant de suivre l'évolution de ces travaux. Il a également été précisé que plus de la moitié des cas donnaient lieu à des rapports de police détaillés, dont la plupart concernaient des polytoxicomanes, ce qui semble confirmer la nécessité de s'intéresser aux personnes ayant absorbé plus d'un produit.

Le professeur Möller a souligné que les profils de toxicomanes réalisés jusqu'ici semblent indiquer que les signes comportementaux et psychophysiologiques détectés et pris en compte s'avèrent très utiles pour la formation des policiers. Il pourrait également être intéressant de connaître les résultats obtenus dans d'autres pays qui envisagent de former des agents de police capables de reconnaître les personnes conduisant sous l'influence de drogue.

Les policiers participant au projet mené dans le land de Sarre ont pu montrer que les procédures qu'ils utilisent permettent de mettre en évidence l'altération de la capacité de conduire, et le professeur Möller l'a établi très clairement. C'est sans doute l'adoption de procédures de détection normalisées qui conduira à l'amélioration de la qualité des rapports de police et qui permettra, par exemple, de savoir qui du conducteur ou du passager est impliqué dans l'accident, si c'est le conducteur qui a causé l'accident, etc. L'utilisation de tests préétablis pour l'analyse des prélèvements doit être réglementée par la loi, un aspect qui, je crois, a été discuté également lors de l'autre séance. Les laboratoires doivent bien évidemment disposer de lignes directrices en matière de programmes de contrôle de la qualité pour suivre l'évolution des normes dans le domaine de l'analyse toxicologique.

Il a déjà été signalé que les projets européens Rosita, initiés par la DG VII de l'Union européenne, fourniront, d'ici à la fin de cette année, les premières réponses aux questions du type: quelles sont les premières substances détectées? De quels moyens de dépistage fiables dispose-t-on pour les analyses d'urine, de salive et de sueur, et quel est le cadre juridique à respecter pour la réalisation des contrôles routiers? Enfin, quels sont les coûts engendrés par ces dispositifs? Car, bien entendu, l'accès à toutes ces informations nécessite la mise en œuvre de moyens très coûteux.

Le D^{r} Kintz, enfin, a examiné quelques alternatives possibles, notamment l'utilisation de méthodes non invasives, simples, rapides et fiables pour le dépistage des drogues. Dans le domaine des prélèvements, il s'est intéressé surtout aux échantillons de salive et de sueur, qui pourraient servir également dans d'autres situations.

Les résultats des tests d'urine sont également pris en compte, en particulier la présence des métabolites des médicaments, ce qui pose un problème si l'on recherche les composés pharmacologiques actifs présents dans le corps. Cet aspect devient en revanche plus intéressant avec la salive dont on sait qu'elle contient le plus souvent le composé pharmacologique actif. En règle générale, les concentrations y sont certes plus faibles que dans le sang, mais permettent tout de même d'établir des corrélations fiables avec les concentrations sanguines. Le problème, pourtant, et il a déjà été signalé, c'est qu'il arrive que les tests de dépistage révèlent des taux élevés dans les échantillons de salive, alors que les concentrations sanguines sont plus faibles (c'est le cas, par exemple, pour les cannabinols).

Groupe de travail B2 : Prévention et Réhabilitation

par D^r^ Alexander Kaba, Kuratorium de la sécurité routière, Autriche

Peu de personnes ont participé aux travaux de ce groupe. Nous nous sommes intéressés aux aspects comportementaux, qui, somme toute, n'étaient pas très éloignés des problèmes de détection et de législation. Les questions posées étaient les suivantes: que faire des inculpés? Comment deviennent-ils des délinquants? Comment prendre en charge ces personnes après leur sentence? J'espère que ces sujets parviendront à susciter quelque intérêt.

Nous avons tout d'abord évoqué brièvement quelques questions relatives aux conclusions. Ensuite, M. Alvarez (Espagne) a prononcé son exposé introductif sur la toxicomanie et la sécurité routière, le traitement et la réinsertion des toxicomanes et leur incidence sur la sécurité routière. Sa communication était axée sur la relation entre les troubles engendrés par la toxicomanie et la sûreté de la conduite. Il convient, pour l'étude de cette relation complexe, de prendre en compte non seulement la maladie – la dépendance – mais également nombre d'autres aspects, tels que les éventuels troubles d'ordre psychiatrique et médical. Dans l'Union européenne, la restitution du permis de conduire est régie par un certain nombre de règles juridiques. La réglementation actuellement en vigueur interdit la délivrance ou le renouvellement du permis de conduire pour les personnes présentant une dépendance à l'égard des drogues. Leur traitement, en particulier pour les personnes dépendantes des opiacés, est fondé principalement sur des démarches médicales et psychologiques, et comporte notamment des programmes de réduction des risques et des programmes sans drogue.

On s'interroge beaucoup sur l'aptitude à conduire des personnes qui suivent un programme à la méthadone. La question de la réinsertion des conducteurs toxicomanes infractionnaires suscite un intérêt croissant malgré le manque d'expérience au niveau mondial. M. Alvarez a établi une distinction entre la consommation occasionnelle de drogue et la toxicomanie en tant que problème de société. Il a défini des termes tels que la dépendance, considérée comme une maladie, l'intoxication et la surdose, quelques syndromes de sevrage ainsi que la polytoxicomanie. Sans oublier les troubles médicaux et la psychopathologie. Il a ensuite abordé la question sous l'angle législatif – l'interdiction de conduire sous l'influence de drogues illicites.

Nous n'avons toutefois pas déterminé la limite au-delà de laquelle il y a dépendance ni examiné les étapes du processus de réinsertion. M. Alvarez a également présenté l'approche clinique, dans laquelle il s'agit de conseiller le patient, en l'occurrence de lui déconseiller la conduite. Le traitement de la toxicomanie, tel qu'il est mené dans le cadre des programmes de méthadone, a été élargi au programme LEAM et à d'autres programmes de substitution. Il a également été souligné que pour certaines personnes, l'alcool constituait une drogue supplémentaire. C'est donc la question de l'intégration sociale qui se trouve au centre des débats, la conduite faisant partie des activités permettant l'intégration professionnelle. Nous n'avons pas eu de discussion à l'issue de cette communication.

L'orateur suivant, M. Verstraete (Belgique), a présenté un exposé sur les drogues licites et la conduite, et notamment sur la prévention par l'information des patients, des médecins et des pharmaciens. Les travaux menés en Belgique ont pour but la publication d'une brochure destinée à l'ensemble de la population. Les travaux de recherche ont permis de détecter 180 molécules dans 9 classes de médicaments, qui

ont été réparties dans 7 catégories selon l'importance de leurs effets: absence d'effet, effet mineur ou modéré, effet grave, etc. Une description des substances existantes a été présentée avec les noms des marques et les notices qui accompagnaient le produit. Seule l'insertion de la notice dans la boîte était considérée comme valable. L'industrie pharmaceutique, dans l'ensemble, s'est montrée coopérative dans ce projet. Un rapport a ensuite été publié et ses conclusions sont présentées sur un CD-Rom, dont les 65 000 exemplaires sont actuellement envoyés aux médecins et aux pharmaciens. Une publication a été réalisée en 500 000 exemplaires à l'intention du public. Ces résultats sont également accessibles sur Internet. Le coût du projet a été évalué à 125 000 euros. Outre les problèmes de classification, il y a eu quelques réactions négatives de la part de l'industrie pharmaceutique. La question de l'étiquetage, notamment l'apposition d'avertissements sous forme de pictogrammes sur l'emballage des médicaments, est restée en suspens et continue de poser un problème.

Dans la discussion qui a suivi, les participants autrichiens se sont interrogés sur les conséquences d'une telle catégorisation. Concernant l'évaluation de cette brochure, M. de Gier (Pays-Bas) souhaitait connaître les commentaires des consommateurs ou des médecins. M. Battista (Autriche) a également soulevé le problème du dosage de ces médicaments en se référant à la réglementation juridique. M. Alvarez a posé la question des responsabilités concernant les problèmes de sécurité soulevés dans le projet, un aspect que le ministère des Transports belge n'avait pas abordé.

M. Battista a consacré son intervention à une description des programmes de substitution et de leurs liens avec l'aptitude à conduire, sur la base de travaux menés en Autriche. Cette étude, qui a duré deux ans, a porté sur des patients suivant un traitement de substitution (méthadone) dans la province du Tyrol. Ces patients ont subi des tests psychologiques et toxicologiques destinés à déterminer leur aptitude à conduire. Les critères retenus étaient les suivants: résultats psychopathologiques, tests psychologiques, évaluation du plasma à la méthadone, résultats du test de dépistage du virus VIH, dépistage de drogue sur des échantillons d'urine, état neurologique. Sur les 34 patients ayant participé à l'étude, 25 avaient un permis de conduire et 17 d'entre eux ont été déclarés aptes à conduire sur la base des critères précités. Parmi ceux qui ne possédaient pas de permis de conduire à ce moment-là, 2 ont été reconnus aptes sur la base des critères médicaux et psychologiques.

L'étude de suivi effectuée six ans plus tard montre que 5 patients avaient achevé leur thérapie de substitution et étaient réinsérés, 7 avaient arrêté le traitement et 9 l'avaient interrompu pour diverses raisons. Aussi l'étude de suivi n'a-t-elle porté que sur 13 patients, dont l'évolution a été la suivante: 8 d'entre eux étaient séropositifs, 10 inaptes au travail, 1 sans emploi et 1 avait trouvé du travail. 4 d'entre eux ne consommaient pas de substances psychoactives en dehors du programme, 5 consommaient d'autres drogues et 1 autre était alcoolodépendant. Parmi les personnes déclarées aptes à conduire, 4 l'étaient toujours et 3 ne l'étaient plus. L'aptitude à conduire n'est pas reconnue avant longtemps en l'absence de thérapie. Il convient de respecter un délai d'observation d'une année sans consommation de drogue puis de limiter la durée de validité du permis de conduire. Les personnes séropositives constituent un cas particulier, car leur réinsertion est très difficile. Les résultats de cette étude ne sont peut-être pas représentatifs à cet égard. En fait, les personnes qui suivent ce programme de substitution ont plutôt des problèmes d'hépatite que de sida. La question de l'aptitude à conduire nécessite un débat plus

approfondi. Dans la discussion qui a suivi, M. Alvarez a demandé si on disposait d'informations émanant d'autres programmes de substitution, mais il n'en existait pas d'autre en Autriche.

Dans la communication suivante, M. Nickel (Allemagne) s'est intéressé à la restitution du permis de conduire et à l'évaluation médico-psychologique des conducteurs en Allemagne et dans certains pays européens. Il a d'abord tracé un aperçu de la situation en Europe. Des activités ont été mises en place dans presque tous les pays, mais les procédures adoptées varient. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin. La loi oblige certains groupes de conducteurs à haut risque, dont la conduite est agressive ou imprudente ou dont les capacités physiques ou mentales sont altérées, à se soumettre à un examen mental et psychologique dans le cadre de la procédure de restitution du permis de conduire. La soumission de la restitution de ce document à une autorisation administrative vise un double objectif: premièrement, assurer que les conducteurs déclarés inaptes à la conduite ne prennent pas le volant aussi longtemps qu'ils ne sont pas en mesure de faire la preuve de leurs capacités et, deuxièmement, déterminer les causes sous-jacentes des comportements accidentogènes pour permettre aux conducteurs concernés de réagir de manière adéquate en vue de prouver leur aptitude à conduire. Ce test a fait l'objet d'une évaluation à grande échelle qui montre une chute très nette – plus de 50 % – du taux de récidive chez les personnes redéclarées aptes et chez celles qui suivent un programme de réinsertion. Les critères juridiques, médicaux et psychologiques ont ensuite été décrits et discutés, y compris les variantes de personnalité et de performance. Le test utilisé a également été présenté. Il n'y a pas eu de discussion à propos de cette communication.

J'ai ensuite, à mon tour, présenté les résultats d'un certain nombre de travaux portant sur le diagnostic psychologique des toxicomanes en Autriche. J'ai commencé mon rapport en précisant le cadre juridique: la loi sur la circulation routière et les dispositions en matière de permis de conduire puis présenté une analyse statistique, tirée d'un rapport établi par la sécurité routière autrichienne. Elle portait sur 144 usagers de drogue auxquels on a fait passer un examen psychologique en rapport avec la circulation routière. La moitié d'entre eux étaient consommateurs exclusifs de drogues illicites et n'avaient pas été impliqués dans un accident de la route. Les personnes âgées de 23 à 27 ans constituaient le groupe le plus nombreux. La drogue la plus utilisée était le haschisch. Enfin, j'ai pu aborder l'examen proprement dit, visant à déterminer l'aptitude à conduire des conducteurs toxicomanes avérés. Cette aptitude comprend la disposition à respecter le Code de la route ainsi que les capacités spécifiques nécessaires à la conduite d'un véhicule. Les procédures psychologiques les plus importantes de ce test ont ensuite été passées en revue. La section finale du rapport est consacrée à l'évaluation, en neuf parties, de l'aptitude à conduire des conducteurs toxicomanes avérés. Les neuf rubriques retenues sont, entre autres, la famille, la scolarité, la profession et les habitudes de consommation. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure ces facteurs peuvent se répercuter, de manière positive ou négative, sur l'aptitude à conduire.

Une discussion s'est engagée ensuite sur la question des conclusions et des recommandations. Nous avons commencé par examiner la procédure de restitution du permis de conduire et les programmes de réinsertion. Il s'agissait notamment de savoir si un toxicomane pouvait faire l'objet d'un retrait du permis de conduire. Au Portugal par exemple, il n'y a eu aucun cas de retrait, ni en Belgique ni au Royaume-Uni. Des mesures de retrait ont en revanche été décidées en Autriche et en Allemagne. Par ailleurs, il existe en Espagne 2 000 centres d'évaluation psychologique de l'aptitude à conduire. M. Verstraete a fait remarquer qu'en tout état de cause, le médecin évaluateur ne doit pas être le médecin traitant.

La délégation autrichienne a souligné la nécessité d'une évaluation et d'un traitement individuels, car il convient de distinguer entre toxicomanie et simple consommation de substances illicites. Les participants néerlandais ont signalé qu'un examen médical, suivi de tests psychiatriques, a lieu avant toute mesure de retrait. En cas de détection de substances illicites, une suspension d'un an est prononcée, non assortie d'une injonction thérapeutique. Au terme de cette année, la personne doit se soumettre à un nouveau test de suivi.

Les programmes de substitution ont ensuite été discutés. Nous avons noté la nécessité de prévoir une réglementation spécifique pour les personnes, souvent impliquées dans des accidents de la route, qui, en tant que participants à un programme de réinsertion, ont précisément besoin d'un permis de conduire.

Nous avons également abordé la question de la prévention. La législation est sans doute un moyen de prévention majeur, mais il faudrait l'accompagner de campagnes générales d'information et de prévention. Ces dernières doivent faire l'objet d'une évaluation et s'adresser également aux conducteurs novices et aux auto-écoles afin que les conducteurs puissent bénéficier, dès le départ, d'une formation adéquate.

Un autre point jugé très important est celui de la formation, de l'information et de l'éducation des pharmaciens et des médecins concernant les effets indésirables de certains médicaments sur l'aptitude à conduire afin d'en prévenir un usage détourné.

Nous avons également convenu que les programmes de prévention devaient être bien conçus, judicieusement mis en œuvre et soumis à une évaluation critique.

Il ne nous restait finalement que peu de temps à consacrer aux substances médicamenteuses. Il n'en demeure pas moins que le problème des produits licites et de leurs effets sur la conduite est réel, car la prévalence de telles substances est relevée dans la plupart des études. A tout le moins avons-nous pu signaler qu'il nous faudrait des informations sur les incidences que pourrait avoir en termes de sécurité routière le fait d'inclure dans le programme les personnes consommant habituellement ces médicaments mais en les en privant pour l'occasion.

Conclusions et recommandations

I. Avant-propos

L'objectif du séminaire «Circulation routière et drogues illicites» et de ses conclusions a été avant tout un échange d'informations et d'expériences pour contribuer à l'amélioration de la sécurité routière, en relation avec la consommation de drogues illicites, mais aussi d'autres substances affectant la capacité de conduire. En revanche, le but recherché n'a pas été de développer des mesures nouvelles ou supplémentaires par rapport aux politiques nationales de drogue.

Le présent document constitue les conclusions et recommandations adoptées par les participants du séminaire. Elles s'inspirent de l'importante documentation servant de base au séminaire, ainsi que des présentations et interventions faites lors des débats. Comme toutes ces contributions, elles reflètent la grande diversité des situations et approches nationales en matière de politiques de circulation routière et de drogue. Partant, elles ne visent pas à présenter un «modèle unique» mais tiennent compte de la possibilité d'adopter des approches diverses, selon les options politiques, les traditions sociales et culturelles, les institutions et législations fondamentales et les possibilités économiques de chaque pays.

Le but des propositions et approches esquissées dans ce document est de contribuer aux réflexions qui se poursuivront dans les instances politiques nationales et internationales, mais aussi au niveau des organisations non gouvernementales, des chercheurs et des personnes agissant sur le terrain.

Comme il s'est confirmé lors du séminaire, le problème de la conduite sous l'influence de drogue en relation avec la sécurité routière est complexe. De nombreuses questions n'ont pas encore trouvé de réponses, qu'il s'agisse de la dimension réelle dans les pays européens du phénomène de la conduite sous l'influence de substances psychoactives ou de la connaissance des effets de ces substances sur la capacité de conduire. La déficience des connaissances dans ces domaines appelle à élargir et approfondir les recherches et à soumettre les connaissances acquises antérieurement à un réexamen scientifique critique.

Sur une telle base élargie et approfondie que les Etats pourront plus facilement prendre les mesures organisationnelles ou législatives nécessaires.

II. Conclusions et recommandations

1. Prévalence

1.1. Sur un plan général, les participants du séminaire estiment que de grands efforts restent à faire pour combler les lacunes dans la recherche en matière de prévalence. De telles recherches devraient être entreprises en tenant compte des principes éthiques propres à chaque pays ainsi que des règles fixées par les législations nationales en matière de protection des données. Les collectes de données effectuées dans le cadre de ces recherches, en particulier celles portant sur l'analyse de liquides organiques, ne devraient servir que des fins scientifiques.

1.2. Il faudrait, à l'échelle paneuropéenne, procéder à des contrôles routiers pour étudier la prévalence de l'usage de drogues illicites (et licites) dans l'ensemble de la population de conducteurs, à l'aide des tests de dépistage les plus perfectionnés dans les liquides organiques des automobilistes, d'observer le comportement de

ces derniers et de leur faire une prise de sang. L'idéal serait d'effectuer ces contrôles de manière continue, en les répétant périodiquement, pour avoir une idée des tendances des caractéristiques de l'usage des drogues.

1.3. Des prélèvements sanguins provenant de conducteurs blessés dans des accidents de la circulation devraient être soumis à un test de dépistage des drogues illicites dans un échantillon représentatif d'hôpitaux actuellement compétents pour les effectuer. Ces hôpitaux devraient communiquer l'intégralité des résultats des tests aux laboratoires médico-légaux nationaux, si possible chaque année, en distinguant les données sur la prévalence de l'alcool associé à des drogues licites et illicites.

1.4. Des prélèvements sanguins provenant de tous les conducteurs mortellement blessés devraient être analysés pour chacune des drogues dont on pense qu'elle est utilisée par une proportion importante de la population totale. Si des contraintes économiques empêchent la détermination de drogue dans les prélèvements sanguins de tous les conducteurs mortellement blessés, il conviendrait de porter les efforts sur un échantillon représentatif.

1.5. Les services de police devraient préciser dans le détail les circonstances dans lesquelles les prélèvements biologiques provenant des conducteurs ont été remis aux laboratoires médico-légaux effectuant les tests. Dans les cas d'accident, ils devraient indiquer clairement si le prélèvement provient d'un conducteur ou d'un passager, et si le conducteur a été jugé responsable de l'accident. Dans tous leurs rapports sommaires, les laboratoires médico-légaux devraient se fonder sur le procès-verbal de la police pour indiquer l'incidence des drogues illicites dépistées chez les passagers et chez les conducteurs responsables ou non d'un accident.

1.6. Dans les pays européens où la loi le permet, les prélèvements sanguins effectués en vue d'une mesure de l'alcoolémie devraient aussi être analysés quant à la présence de drogues illicites (et licites). Les lois dans les pays qui interdisent cette procédure devraient être abolies ou, en tout état de cause, modifiées pour permettre la collecte de données à des fins de recherche.

2. Evaluation des risques

2.1. Il est de la plus haute importance de déterminer, pour les drogues tant licites qu'illicites, les doses et/ou les concentrations de substances dans le sang ou dans la salive que l'on associe à une norme de conduite admissible ou non admissible. Il serait utile d'entreprendre et de financer des études expérimentales pour déterminer la sécurité de la conduite après l'usage de substances sous contrôle telles que la méthadone et autres substances utilisées dans une cure de remplacement de l'héroïne. La conduite d'un véhicule par des personnes suivant un tel traitement devrait être visée par la loi de manière à réduire au minimum le risque pour les patients concernés et pour l'ensemble de la population de conducteurs (par exemple en interdisant la conduite d'un véhicule complètement ou pendant une période déterminée après chaque traitement).

2.2. A partir des données fournies par les études épidémiologiques décrites ci-dessus, il faudrait entreprendre des études d'évaluation des risques selon les méthodes les plus perfectionnées (par exemple des analyses de responsabilité ou des études cas/témoins) pour les drogues les plus fréquemment utilisées. Elles devraient porter sur le risque global dans le cas où des drogues licites ou illicites ont été consommées en même temps que de l'alcool.

3. Détection et application de la loi par la police

3.1. Les autorités chargées des contrôles routiers devraient pouvoir disposer de systèmes de dépistage précis, fiables et robustes, pouvant permettre, le cas échéant, des dépistages sur différentes matrices biologiques (urine, salive, sueur). Ces tests devraient autoriser une lecture aussi objective que possible de positivité, soit par lecteur optique, soit par contrôle interne du test. Il faudrait encourager les fabricants à mettre de tels dispositifs sur le marché. Un mode d'emploi clair pour l'utilisateur devrait être rédigé.

3.2. Il faudrait mettre au point des procédures et des dispositifs permettant à la police de détecter de façon fiable une altération de la conduite au volant.

3.3. Il faudrait mettre en place un programme efficace de formation des agents de police en matière de reconnaissance des drogues, des altérations de l'aptitude à conduire liées aux drogues et de la conduite sous l'influence de drogue. Il faudrait instituer des programmes de formation nationaux à l'intention des agents de police, pour qu'ils puissent reconnaître les signes d'une conduite sous l'influence de drogue et d'une altération de l'aptitude à conduire due aux drogues.

3.4. L'échange entre pays des méthodes et des expériences dans le domaine de la détection et de la répression devrait être encouragé.

3.5. Il y a un besoin urgent d'examiner systématiquement toutes les études relatives à l'efficacité de l'action de la police et des mesures visant à combattre et réduire la consommation de drogue chez les conducteurs.

4. Examens médicaux et toxicologie

4.1. Il faudrait améliorer la formation théorique et pratique des médecins dans le domaine de la détermination des altérations de l'aptitude à conduire dues aux drogues. Leur programme de formation devrait être coordonné avec le programme de reconnaissance des drogues de la police. Le rôle des examinateurs (police, examinateurs médicaux ou médecins légistes) dans la détermination d'une altération de l'aptitude à conduire devrait être précisé. Une formation tant théorique que pratique des toxicologues en matière d'analyse de traces de drogue dans les matrices biologiques devrait être mise en œuvre.

4.2. Des procédures et des protocoles normalisés pour l'examen médical des conducteurs soupçonnés d'avoir consommé des drogues devraient être élaborés. Ils devraient être utilisables dans toute l'Europe.

4.3. Des procédures appliquées par les laboratoires nationaux de médecine légale pour détecter et signaler des drogues illicites (et licites) devraient être normalisées pour tous les pays d'Europe. Des programmes européens d'évaluation des compétences en matière de recherche de drogue dans des échantillons sanguins devraient être mis en œuvre dans chaque pays. Une enquête européenne portant sur les compétences en matière de dépistage devrait être élaborée.

5. Poursuites

5.1. Il est nécessaire de faire une distinction, dans les statistiques, entre les infractions liées à la drogue et les infractions liées à l'alcool. Cela est vrai pour les rapports de police concernant les conducteurs sous l'influence de drogue, les affaires classées sans suite sur décision des autorités de poursuite, et les mises en accusation et les condamnations par les tribunaux.

5.2. Il faudrait améliorer les connaissances de base que les autorités de poursuite et les juges ont des problèmes de la drogue au volant.

6. Procédures de restitution de permis de conduire et programmes de réinsertion

6.1. Il est nécessaire de définir une procédure sur le traitement des délinquants routiers après consommation de drogue, qu'une altération de leur aptitude à conduire ait été constatée ou non:

i. suspension ou non du permis de conduire;

ii. restitution ou renouvellement du permis après une certaine période, avec ou sans mesure d'accompagnement:

- évaluation psychologique et médicale (aptitude physique et mentale des conducteurs);

- prise en charge thérapeutique (psychologique) pour dissocier la consommation de la conduite d'un véhicule (faire abstraction du fait qu'il y a eu usage de drogues illicites);

iii. dans les cas d'abus de drogue ou de dépendance à l'égard de drogues, mettre en œuvre des mesures spéciales.

6.2. Une réglementation spéciale est nécessaire pour les programmes de réinsertion des toxicomanes, comme les programmes de substitution et l'aptitude à conduire un véhicule. Il faudrait déterminer à l'aide d'une évaluation si les patients suivant ces programmes sont aptes à conduire des automobiles ou des poids lourds.

6.3. Ces professionnels de la santé (praticiens et psychologues) devraient informer les patients dépendants des drogues, de leur maladie et du régime de leur traitement, ainsi que de leur aptitude à la conduite automobile.

6.4. Il existe un besoin important pour des programmes de réinsertion d'automobilistes ayant conduit sous l'influence de drogue, qui soient bien conçus, mis en œuvre efficacement et évalués de manière objective.

7. Législation

7.1. Dans le cadre et sur la base de la législation nationale, il faudrait donner à la police des pouvoirs suffisants pour qu'elle puisse procéder à des tests de dépistage sur les conducteurs. A cette fin, les pays européens montrent une préférence pour les deux principales options suivantes: soit d'admettre des tests s'il existe au préalable une suspicion suffisamment fondée de conduite sous l'influence de substances, soit des tests aléatoires («*random tests*»). Comme cela est déjà le cas dans plusieurs pays, afin d'obtenir la coopération des conducteurs,

ceux qui refusent de se soumettre au test pourraient être exposés à des sanctions comparables à celles qui sont imposées en cas de conduite sous l'influence effective de drogue.

7.2. La tolérance zéro vis-à-vis d'une substance psychoactive illicite quelconque devrait être une option possible pour le législateur de tout pays européen quel qu'il soit. L'autre option consiste à adapter l'approche de l'altération de l'aptitude à conduire au problème particulier de la conduite sous l'influence de drogue.

7.3. Les organes nationaux devraient envisager la possibilité de fixer différentes limites d'alcoolémie chez les conducteurs, en fonction de la présence de drogues licites et illicites dans les mêmes prélèvements.

7.4. Il y a un besoin urgent d'études examinant les conséquences de modifications de la législation.

8. Prévention

8.1. La législation est un facteur extrêmement important de la prévention. Pour le souligner, toute nouvelle loi devrait être accompagnée de campagnes d'information et être débattue publiquement. Il faudrait évaluer l'intention de la réglementation, l'efficacité de la législation et de la campagne d'information correspondantes.

8.2. Il faudrait organiser régulièrement des campagnes d'information du public sur les dangers de la conduite après la prise de certains médicaments. Les renseignements figurant sur la notice accompagnant les médicaments devraient être plus explicites, opérationnels et moins vagues. Les médicaments qui altèrent gravement l'aptitude à conduire un véhicule devraient porter un pictogramme d'avertissement (comme un panneau de la circulation). Il faudrait former davantage les pharmaciens et les médecins à l'altération de l'aptitude à conduire induite par les médicaments.

8.3. Des programmes de prévention de la drogue au volant bien conçus, mis en œuvre judicieusement et soumis à un examen critique devraient être mis en place. Il faudrait s'employer davantage à comprendre ou à traiter le problème de la drogue et de la conduite dans la perspective du consommateur de drogue le plus fréquent: le consommateur jeune. Il y a une absence totale de recherches comparant et confrontant, d'une part, le comportement des conducteurs sous l'influence de drogue, les attitudes et la perception des sanctions dans les différents pays européens et, d'autre part, les différents règlements et niveaux d'acceptation par la société de l'usage de drogue.

9. Médicaments

9.1. Le problème des drogues licites et de la conduite d'un véhicule ne peut être passé sous silence, car la plupart des études fait état de la prévalence de médicaments. En outre, on estime que la proportion de conducteurs prenant des médicaments psychotropes est plusieurs fois supérieure à celle des conducteurs faisant usage de drogues illicites. Dans les études épidémiologiques ou les contrôles effectués par la police de la route, les prélèvements soumis aux laboratoires médico-légaux ou obtenus dans les hôpitaux devraient au moins être analysés pour la présence d'hypnotiques, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, d'antihistaminiques et d'analgésiques sédatifs.

9.2. La prévention de la conduite sous l'influence de drogues licites qui altèrent significativement l'aptitude à conduire devrait être encouragée par la promotion d'un système de classement permettant aux médecins et aux pharmaciens de prescrire et de dispenser, respectivement, le médicament le moins nocif dans chaque classe thérapeutique. Cet effort devrait être entrepris au niveau européen.

9.3. Dans le cas de médicaments, il faudrait recourir à des méthodes plus efficaces (moins coûteuses et plus pratiques que les contrôles routiers) pour estimer le risque d'implication dans un accident sous l'influence de médicaments et les appliquer dans une étude paneuropéenne. Dans différents pays européens, il est possible d'adopter une démarche pharmacoépidémiologique en reliant les statistiques de la consommation de médicaments (d'après les registres tenus par les pharmaciens sur tous les patients) et les statistiques d'implication dans un accident au sein de la même population. Cette démarche permet de valider le système de classement proposé ci-dessus, encore fondé essentiellement pour le moment sur des connaissances obtenues à partir d'études expérimentales.

9.4. Reconnaissant que certains médicaments sont utilisés de manière illicite (par exemple les benzodiazépines), les laboratoires médico-légaux ou les hôpitaux effectuant une étude épidémiologique devraient s'efforcer d'étudier comment ces substances détectées chez les conducteurs blessés ou tués ont été obtenues.

9.5. Il est nécessaire d'étudier quelles répercussions aurait, en termes de sécurité routière, le fait de priver les patients de leurs médicaments. Il faudrait encourager des études sur les avantages de la prise de médicaments au regard des exigences d'une conduite sans risque.

Liste des participants

Autriche

D[r] Alexander Kaba
Head of the Institute of Traffic-Psychology
Vienne

Professeur D[r] Hans-Jürgen Battista
Universitätslehrer
Institut für Gerichtliche Medizin
Innsbruck

M. Peter Hacker
Drogenkoordinator der Stadt Wien
Vienne

Professeur D[r] Rainer Schmid
Institut für Labormedizin der Universität Wien
Vienne

D[r] Johanna Schopper
Ministry of Labour, Health and Social Affairs
Vienne

Belgique

M. Claude Gillard, président
Chef du Service de droit policier
Direction générale de la législation pénale et des droits de l'homme
Ministère de la Justice
Bruxelles

Lieutenant-colonel Charles De Winter
Directeur du programme Drogue de la Gendarmerie
Bureau central des recherches
Bruxelles

D[r] Alain Verstraete
Clinical Biologist-Toxicologist
University Hospital Gent
Gand

M[me] Nele Samyn
National Institute of Forensic Sciences
Pharm. Assistant
Bruxelles

Bulgarie

M^me^ Margarita Eftimova
Directeur – Lutte contre le trafic des stupéfiants
Direction générale des douanes bulgares
Sofia

Croatie

D^r^ Iris NIKŠIĆ
Ministry of Interior
CID, Drug Division
Zagreb

Dipl. Ing. Chem. Marina Nestić
Assistant Toxicologist
University of Zagreb
Zagreb

République tchèque

Doc. Ing. Marie Baliková
Centre for Toxicology and Judicial Chemistry
Prague

Danemark

M^lle^ Inge Behrendorff
Danish Council of Road Safety Research
dedicated to Issues Related to Drugs in Traffic
Gentopte

Ass. Prof. Anni Steentoft
Forensic Toxicology at the Institute of Forensic Medicine
University of Copenhagen
Copenhague

Estonie

M. Andri Ahven
Chief Inspector – Member of the Advisory Council for Alcoholism
and Drug Abuse Prevention Programme
Estonian Police Board
Tallinn

Finlande

D[r] Pirjo Lillsunde
Head of the Laboratory of Substance Abuse
KTL
Helsinki

M. Tuukka Tammi
Drug Policy Adviser
Finnish Centre for Health Promotion
Helsinki

M. Risku Veli-matti
Adviser
Ministry of Health and Social Affairs
Helsinki

France
Professeur Claude Got
Saint-Nom-la-Bretèche

Professeur Georges Lagier
Hôpital Fernand Widal
Paris

D[r] Pascal Kintz
Directeur adjoint – Laboratoire d'analyses toxicologiques
Institut de médecine légale et de médecine sociale
Strasbourg

D[r] Charles Mercier-Guyon
Centre d'études et de recherche
en médecine du trafic (CERMT)
Annecy

M. Patrick Sansoy
Chargé de mission – Mission interministérielle de lutte
contre la drogue et la toxicomanie
Paris

M[me] Michelle Muhlmann-Weill
Médecin coordinateur sécurité routière
Préfecture du Bas-Rhin
Srasbourg

M[me] Christine Barbier
Médecin inspecteur de santé publique
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

Allemagne

Professeur D[r] Manfred R. Möller
Institut für Rechtsmedizin
Universität des Saarlandes
Homburg/Saar

Professeur D[r] Hans-Peter Krüger
Universität of Würzburg
Center for Traffic Sciences
Würzburg

M[me] Melanie Mettke
Institute for Criminal Law, University of Munich
Munich

D[r] Sabine Joó
Leiterin des Referates Verkehrsmedizin in der
Bundesanstalt für Strassenwesen (BAST)
Bergisch-Gladbach

Hongrie

M. Zoltán Fülöp
Forensic Medical Expert – Health Service of the Police
National Police Headquarters
Budapest

Irlande

Professeur James Crowley
Transport Research Institute
University College Dublin
Dublin

D[r] Richeal Courtney
Medical Expert
Health Research Board
Dublin

D[r] Denis A. Cusack
Director of the Medical Bureau of Road Safety
Department of Forensic Medecine – University College Dublin
Dublin

Supt. Vincent Mc Guire
National Traffic Policy Bureau
Dublin

Lettonie

Mr Vīlnīs Ķipēns
Head of Drug Enforcement Bureau
Riga

Luxembourg

M. Jean Bour
Procureur d'Etat
Parquet près le Tribunal d'arrondissement de Diekrich
Diekrich

M^me^ Marie-Paule Bisdorff
Substitut principal – Parquet près le Tribunal d'arrondissement de Diekrich
Luxembourg

Lieutenant Pascal Peters
Commandant d'arrondissement
Esch/Alzette

Pays-Bas

D^r^ Johan J. de Gier
Université de Maastricht
Maastricht

M. René Mathijssen
Researcher
Leidschendam

D^r^ Ramaekers
Experimental Psychopharmacology Unit
Brain & Behavior Institute – Maastricht University
Maastricht

M^lle^ Liesbeth Slagter
Min. Verkeer en Waterstaat
Traffic Safety & Vehicle Directorate
La Hague

D^r^ Peter Zweipfenning
Head of the Department of Toxicology
Forensic Science Institute
Kijswijk

Norvège

Professeur Jørg Mørland
National Institute of Forensic Toxicology
Oslo

Professeur Asbørg Solberg Christophersen Ph.D
National Institute of Forensic Toxicology
Oslo

Pologne

M. Tomasz Połeć
Specialist in National Police Headquarters
Warzawa

Portugal

M. Álvaro Carvalho
Directeur des Services de psychiatrie et santé mentale
Lisbonne

M[lle] Maria Adelaide Núncio
Directorate General of Road Traffic (DGV)
Lisbonne

M. Jorge Barbosa
Director of the Department of Forensic Toxicology
Forensic Institute of Lisbon
Lisbonne

Fédération de Russie

M[me] Nadejda Milechkina
Centre scientifique et de recherches
de l'inspection d'Etat sur la circulation routière
Ministère de l'Intérieur
Moscou

République slovaque

Professeur František Novomeský
Head of Forensic Medicine Institute
Ministry of Health
Martin

Slovénie

M. Robert Sušanj
Traffic Police Inspector
Ministry of Interior Affairs
Ljubljana

Espagne

Professeur F. Javier Alvarez
Faculty of Medicine
University of Valladolid
Valladolid

M. Francisco Manuel Garcia Sanchez
Capitan de la Guardia Civil – Agrupacion de Tráfico
Subsector de Murcia
Murcia

M. Carlos Pulido Sanchez
Investigacion de Accidentes
Madrid

M. Juan Carlos Corisco Dominguez
Police Inspector – National Police Corporation, Central Drugs Unit
c/Gonzales Segador s/n
Madrid

M. Antonion J. Gómez Montejano
Oficial Jefe de relaciones externas
Policia Municipal de Madrid
Madrid

Suède

M. Hans Laurell
Swedish National Road Administration
Borlänge

M. Bjorn Folkeson
Swedish National Police
Linkōping

Suisse

M Christian Buschan
Adjoint scientifique/Commissaire unité anti-drogue
Office dédéral de la police – Offices centraux de police criminelle
Berne

Turquie

M^{me} Tomris Toksöz
Director Turkish Undersecretariat of Customs
Istanbul

Ukraine

M. Volodymyr Zhminko
Head of the Division of the Anti Drug Department
of the Ministry of Internal Affairs
Kyiv

M. Leonid Bondarenko
Senior Inspector of the Operational and Technical Department
of the Ministry of Internal Affairs
10 Bogomolets Street
Kyiv

Royaume-Uni

D[r] Rob Tunbridge
Transport Research Laboratory
Old Wokingham Road
Crowthorne – Berkshire
RG 456 AU

M. David Rowe
Police Liaison Officer – Road Safety Division
Department of Environment, Transport and Regions
Great Minster House
Londres

M[me] Kate Mc Mahon
Research Coordinator
Department of Environment, Transport and the Regions
Great Minster House
Londres

D[r] John Oliver
Forensic Medicine
University of Glasgow
Glasgow

Etats-Unis d'amérique

Professeur M. W. Bud Perrine
Director of the Addiction Research Institute
Vermont 05403

Dr Frances B. Huessy
Associate Director of the Addiction Research Institute
Vermont 05403

Commission européenne

M. Gilles Vincent
Administrateur principal
Bruxelles

M. Timo Jetsu
Bruxelles

EMCDDA/OEDT

M^lle^ Chloe Carpentier
EMCDDA
Lisbonne

International Council for Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS)

M. Hans Laurell, président
(voir Suède)

FESR

M^me^ Agnès Boucheron
Responsable du Bureau de la Fédération européenne
de sécurité routière (ERSF)
Bruxelles

Secrétariat du Groupe Pompidou

M. Chris K. Luckett, chef de division
M. Klaus Fuchs, administrateur principal
M^lle^ Ana Gomez-Heredero, administrateur
M^me^ Nathalie Schneider, assistante
M^lle^ Julia Whitham, assistante

QUELQUES TENDANCES FUTURES DES POLITIQUES EUROPEENNE CONCERNANT LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES - RAPPORT SUR LES TABLES RONDES

par le Dr Frances Huessy, Addiction Research Institute, South Burlington, Vermont (USA)

En 1998, les participants à la table ronde des 12 pays associés à l'étude du Groupe Pompidou / Conseil de l'Europe ont examiné avec les représentants du groupe de recherche Krüger les aspects juridiques de la drogue et de la sécurité routière. Par la force des choses, ils ont également abordé les aspects sociaux, économiques, sanitaires et politiques de la question à partir de leur expérience professionnelle.

La question fondamentale est relativement simple : **comment diminuer le risque que représente l'usage des drogues pour la sécurité routière ?**

Malheureusement, la réponse est beaucoup moins simple, notamment parce que le problème implique à la fois un facteur temps et un facteur espace.
En effet, combien de temps dure le risque occasionné par un conducteur ayant consommé de la drogue ? Combien de kilomètres parcourt-il en moyenne sous l'influence d'une substance psychoactive ? Et que se passe-t-il s'il est sous l'influence de plusieurs substances, y compris l'alcool ? En outre, la question fondamentale qui nous préoccupe (celle de la diminution du risque) est rendue plus complexe par le fait qu'elle fait intervenir plusieurs domaines professionnels et qu'elle se pose dans des contextes juridiques et des cultures politiques différentes.

L'intégration des sciences, du droit et de la politique dans la diminution du risque. L'objectif de cette activité particulière du Groupe Pompidou est de réduire le risque que présente la conduite sous l'emprise de drogues, ce au niveau national et international. Même si nous connaissons mal l'ampleur du problème, nous disposons d'assez de données pour savoir qu'il est bel et bien réel. De plus, il met en évidence le caractère corrélatif des facteurs médicaux, juridiques, économiques et politiques, dans les pays industrialisés marqués par la mondialisation des marchés.

Le fait que nous soyons réunis ici sous les auspices du Conseil de l'Europe est déjà un signe de l'interaction politique et économique qui s'est opérée en Europe, et le fait que le Groupe Pompidou s'intéresse au problème de la drogue au volant montre bien l'internationalisation du marché de la drogue.

Notre 20e siècle, en particulier dans l'hémisphère Nord, se caractérise par l'évolution permanente de la technologie, qui a transformé notre quotidien, en nous permettant de voyager sur de longues distances, grâce à un réseau routier impressionnant. Cette infrastructure est symptomatique de la mondialisation des marchés, elle élargit nos horizons, mais en même temps elle favorise peut-être un relatif anonymat. Concrètement, la technologie, cette facilité de déplacement et cet anonymat permettent de traverser les frontières et de transporter de la drogue sans s'exposer beaucoup au risque d'être repérés. Dans ces conditions, l'apparition d'un phénomène comme la drogue au volant n'a rien de surprenant ; peut-être même est-il inévitable.

De plus, les raisons qui incitent une personne sous l'emprise de la drogue à prendre le volant sont multiples. Les solutions proposées lors des discussions de la table ronde pour réduire le risque occasionné par l'association voiture–drogue sont donc multiples elles aussi. Cependant, une conclusion est sûre : le problème concerne les juristes, les scientifiques, les économistes, les médecins et les responsables politiques ; d'autre

part, s'il comporte des aspects théoriques, il se pose aussi au niveau des réalités du terrain. Il suppose une réflexion qui fait intervenir, entre autres, la science (quels sont les effets de la drogue ?), les instances juridiques et la coopération internationale. Autrement dit, il implique l'intégration du scientifique, du juridique et du politique.

L'apport de la table ronde à la compréhension du problème de la drogue au volant en Europe

Les réunions avec les pays qui ont accepté de participer à l'enquête menée en 1998 par le Groupe Pompidou a permis d'aborder en toute liberté la question de la drogue au volant. Pour les représentants des forces de l'ordre, la présence de drogues est beaucoup plus difficile et coûteuse à détecter que celle d'alcool (même lorsqu'ils savent pertinemment qu'un conducteur est sous l'emprise de drogues) et, en cas d'arrestation, les poursuites aboutissent rarement. Pour les médecins et autres scientifiques, de nombreuses difficultés empêchant de trouver un indicateur fiable attestant la prise récente de drogue, et il est plus difficile encore de déterminer la concentration de drogue et la probabilité qu'elle puisse altérer l'aptitude à conduire et entraîner des accidents. La solution à ce problème passe par la formation des agents de police au dépistage mais aussi par la mise au point de dispositifs portables permettant de détecter sur le champs la présence de drogue. La formation est coûteuse mais relativement efficace ; les systèmes de détection, quant à eux, restent à inventer. Pour leur part, les dirigeants politiques s'interrogent sur la nécessité même d'adopter des lois spécifiques sur la drogue au volant, puisqu'il existe déjà des lois réglementant la drogue d'une part, la conduite de véhicules motorisés d'autre part. Toutes ces réflexions et contraintes – de nature technologique, juridique et nationale – ralentissent et encouragent tout à la fois les efforts internationaux pour imaginer (et appliquer) une politique efficace de lutte contre la drogue au volant.

Dans son introduction au symposium, le professeur Krüger a identifié dans les enquêtes des 12 pays participant à l'étude, plusieurs aspects juridiques communs. Le premier est que tous les pays inscrivent la lutte contre les drogues illicites ou l'usage illicite de drogues dans le cadre du droit pénal, même si chacun a sa manière particulière d'aborder le problème. Certains souhaitent d'abord réduire les effets perturbateurs et les risques causés à autrui ; d'autres envisagent sérieusement (ou ont décidé, comme l'Allemagne) de faire preuve de tolérance zéro. Un autre élément commun est que tous ces pays font de la lutte contre le trafic de drogue – par un particulier ou sous le contrôle d'un groupe organisé – l'une des priorités de leur politique répressive.

Même si, comme l'ont montré de nombreuses discussions lors de cette table ronde, la base théorique des politiques de lutte anti-drogue de certains pays est de réduire le danger pour autrui, la minimisation du risque semble être au centre de la politique de lutte contre la drogue au volant. La forme qu'elle prend varie considérablement selon les pays qui ont participé à l'étude.

Par exemple, dans presque toutes discussions auxquelles ont participé des représentants des forces de l'ordre, ceux-ci ont rapporté des cas où la police était convaincue que des conducteurs sous l'emprise de drogues mettaient en danger la vie d'autrui. Or, beaucoup de ces conducteurs échappent au dépistage et aux poursuites. Ils inspirent des lois et des politiques relatives à la drogue au volant, mais peut-on pour autant réduire le risque lorsqu'on ne connaît ni l'ampleur du problème ni le risque d'accident qu'il présente en termes d'accidents ?

Cas d'espèce

Vous connaissez certainement des personnes comme Steven, l'une de mes connaissances, qui a commencé à boire à l'âge de 14 ans. Aujourd'hui, âgé de 45 ans, il

est membre des Alcooliques Anonymes et montre fièrement à ses parents, ses frères et sœurs et leurs amis, son « jeton du 5e anniversaire de sobriété ». Mais Steven, lui, l'a volé. Car non seulement il boit encore, mais, en plus, il se drogue. Sa femme l'a quitté depuis longtemps et l'empêche de voir leur fils. Il a été arrêté à de multiples reprises pour des infractions liées à la drogue et à l'alcool, mais n'a été condamné que dans un petit nombre de cas. Il connaît des combines pour gagner du temps avant de souffler dans l'Alcootest, et évite ainsi de se retrouver en prison. Bref, il sait manipuler le système judiciaire.

Lorsque Steven est sous l'influence d'une drogue ou de l'alcool, ce qui arrive tous les jours, il n'a aucun scrupule à prendre sa voiture pour aller acheter de l'alcool ou se procurer de la drogue auprès de ses amis dealers. Sous l'effet des substances qu'il consomme, il s'imagine parfois qu'on le poursuit. Un jour, alors qu'il était convaincu que la voiture derrière lui le pourchassait, il a percuté un immeuble en tentant de lui échapper. Lorsque la police est arrivée, il a déclaré que ce n'était pas lui qui conduisait mais que le conducteur s'était enfui. Le fonctionnaire de police, incrédule, lui a fait subir un Alcootest ; Steven était bien au-delà de la limite légale, et a donc pu être poursuivi pour conduite en état d'ivresse, mais comme dans de nombreux exemples rapportés au cours de la table ronde, la police n'a pas consacré le temps, l'effort ni l'argent nécessaires pour lui faire subir des tests de dépistage de drogue ; elle ignore donc s'il conduisait ou non sous l'influence de la cocaïne.

Nous avons une expression aux Etats-Unis qui dit que les affaires mal réglées nuisent à l'efficacité du droit. Néanmoins, chaque pays a ses Steven. Si ce Steven américain avait vécu en Europe, il aurait aussi employé tous ses talents pour échapper aux poursuites, mais peut-être aurait-il été admis dans un programme de désintoxication, impossible dans un pays où ce type de problème relève de la répression et non de la réhabilitation au titre de la santé publique.

En effet, contrairement à de nombreux pays européens, les Etats-Unis n'ont pas encore accepté la notion de résorption du mal. De plus, des divergences subsistent à l'intérieur du pays quant à l'objectif fixé à la guerre contre la drogue – guerre menée aux frontières du pays et dans les rues avec toute l'artillerie du système répressif. Il n'est pas exagéré de dire que les prisons et les pénitenciers sont pleins à craquer d'auteurs d'infractions liées à la drogue. Et les 16 milliards de dollars qu'a coûté la « guerre contre la drogue » en 1997 n'ont pas empêché Steven de se droguer, de boire ou de sillonner les routes avec sa voiture.

Comment parvenir à un accord de paix dans la lutte contre la drogue ?

Lors de ce symposium, nous avons souvent entendu des expressions telles que « combattre la drogue » ou « la lutte contre les drogues illicites », et nous venons à l'instant d'utiliser l'expression, courante aux Etats-Unis, de « guerre contre la drogue ». L'analogie est évidemment frappante. Si l'on considère les conséquences politiques des grands bouleversements sociaux (guerres ou les révolutions par exemple), une constatation intéressante vient à l'esprit. Les guerres révolutionnaires ont débouché sur la mise en place de nouveaux régimes politiques. Ainsi, les anciennes monarchies et aristocraties européennes ont fait place à des démocraties ou à d'autres formes de gouvernements représentatifs, dans lesquels subsistent, sous des formes adaptées, des vestiges des anciens régimes.

Par exemple, si les Américains ont instauré, après la guerre d'indépendance, un nouveau mode de gouvernement qui accorde une place importante à la représentation démocratique, ils n'en ont pas moins conservé ou développé leurs propres formes de monarchie et d'aristocratie. Les capitaines d'industries et les chefs d'entreprises sont nos nouveaux monarques. Ils se prénomment Rockefeller, DuPont ou plus récemment, Gates.

Et l'aristocratie est constituée par les professions qui exigent un haut niveau d'études : la médecine, les sciences et le droit par exemple. Cette situation se retrouve sous différentes formes et à divers degrés en Europe et aux Etats-Unis. Elle décrit et définit le mode d'un gouvernance d'un pays.

Cette diversité de régimes politiques a, à son tour, permis l'émergence des conditions économiques qui allaient engendrer la dynamique européenne menant à un marché et une monnaie uniques. Mais comment la lutte contre la drogue, et plus précisément contre la drogue au volant, s'inscrit-elle dans cette diversité de régimes politiques et dans le mouvement qui en résulte vers une union économique et monétaire ?

Lors de nos discussions, il est apparu que chaque pays percevait le problème de la drogue au volant dans la perspective de ses propres efforts pour minimiser le risque à l'intérieur de ses frontières, tout en sachant que la drogue lui arrive de l'extérieur, par voie terrestre ou maritime. Nous avons aussi mis en évidence l'existence de deux approches juridiques différentes : certains pays adoptent une « approche analytique », d'autres s'intéressent plus aux « effets perturbateurs ». Quelle que soit l'option retenue, elle correspond dans tous les cas aux principes qui sous-tendent la législation sur la drogue et sur la circulation routière. Dans notre étude, chaque pays présente une situation unique, qui est la résultante de ses lois internes, de sa position géographique et de sa structure politique.

Chaque pays a donc, à la base, une approche cohérente qui lui est propre, mais, comme nous pouvons déjà le constater, la diversité des facteurs à prendre en compte – influences nationales ou internationales par exemple – conduit à intégrer dans les politiques en matière de lutte contre la drogue et/ou de circulation routière, des éléments issus d'autres approches. L'analogie avec l'existence d'aristocraties et de monarchies de substitution à une époque dominée par la démocratie est flagrante.

C'est sans doute en France que cette intégration de diverses approches est la plus spectaculaire. Ce pays a adopté en effet une approche axée sur le danger causé à autrui ou sur les dysfonctions du comportement, à partir du postulat selon lequel **aucune drogue n'est illégale en soi** mais qu'une drogue peut être **utilisée de façon illégale** (par exemple sans ordonnance ou à des doses plus élevées que celles qui sont prescrites).

Mais, bien que basée sur le principe de l'atteinte fonctionnelle, cette approche reconnaît aussi l'idée de la tolérance zéro même si elle ne l'explicite pas clairement. En clair, une drogue utilisée sans ordonnance – quelle que soit sa concentration – est une drogue **utilisée de façon illégale**. C'est sur ce principe juridique que se fonde, en théorie, la répression. Ainsi, en France, si un médecin prescrit de l'héroïne, sa simple consommation personnelle et privée n'est pas pénalisée, ce qui n'est pas le cas si la même drogue est obtenue par l'intermédiaire d'un dealer.

On constate aussi que la drogue en général et la drogue au volant posent au moins deux problèmes distincts, et exigent donc une multiplicité de mesures politiques. Aux Pays-Bas, les tribunaux fermeront les yeux si vous comparaissez pour avoir consommé du cannabis mais, dans le cadre de la loi sur la circulation, vous serez poursuivi pour avoir pris le volant en n'étant pas dans votre état normal, même si vous n'avez consommé que du cannabis.

A drogues différentes, réponses différentes

Plus nous connaissons les effets des différentes drogues sur le système nerveux central, plus nous pouvons combiner les approches visant à en contrôler l'utilisation et à diminuer le risque qu'elles présentent sur les routes. Nous connaissons les effets de l'alcool sur la

conduite, mais ce n'est qu'une drogue parmi d'autres. Nous savons que la notion de seuil absolu – la mesure de l'effet de l'alcool sur l'aptitude à la conduite – n'est pas valable pour les 200 drogues psychoactives au moins disponibles actuellement en pharmacie ou dans la rue. Même si l'on peut démontrer qu'un conducteur impliqué dans un accident a du cannabis dans le sang, par exemple, on ne pourra pas prouver que le cannabis est la cause de l'accident, notamment parce que cette substance et ses métabolites restent longtemps présents dans certains fluides corporels, alors que leurs effets ne se font plus sentir depuis longtemps.

La diminution des effets néfastes comme base d'une politique sociale

Il était rassurant d'entendre au cours des discussions que même si le droit pénal est un instrument de lutte contre l'usage nuisible de la drogue – aussi bien sur les routes, où elle est un danger pour les autres, que chez les adolescents de 15 ans dans les *rave-parties* – l'idée maîtresse est que l'usage de la drogue est généralement perçu comme une question de santé publique. Comme si le « D'abord, ne pas nuire » d'Hippocrate n'était pas réservé au serment du médecin mais s'adressait aussi au grand public.

Que l'on diminue le mal en fixant des seuils de tolérance zéro, en utilisant la loi sur la circulation routière comme instrument de lutte contre l'usage des drogues, en trouvant des moyens de mesurer les effets perturbateurs de l'usage des drogues ou en essayant de fixer des seuils absolus, ce précepte constitue une base acceptée et acceptable qui inspire certaines parties du droit pénal.

La politique de réduction, si elle est soutenue par des lois appropriées, a l'avantage d'être applicable en dépit des variations incessantes de la cote de popularité des drogues. Qui sait combien de temps le crack et la cocaïne garderont les faveurs des consommateurs ? Dans cinq ans, l'ecstasy n'aura-t-il pas cédé la place à un autre euphorisant ? Toutes ces drogues existeront probablement encore dans 10 ans mais leur popularité variera en fonction des nouveaux produits qui arriveront sur le marché. La colle par exemple, n'est plus l'unique substance de sa catégorie, comme elle l'était dans ma jeunesse. Elle n'est plus aujourd'hui qu'un des nombreux inhalants qui plaisent aux jeunes et aux pauvres. Les drogues psychoactives disponibles sur ordonnance ont changé elles aussi, tant par leur composition que par leur variété. Il existe actuellement sur le marché beaucoup plus de familles d'antidépresseurs qu'il y a 5 ans.

La minimisation des risques par le rapprochement

Le message de la table ronde est relativement clair : les solutions novatrices au problème de la drogue au volant naîtront de la volonté des gouvernements de tirer parti de la diversité de leurs instances nationales compétentes pour combattre les influences transfrontalières dans le domaine de la drogue. Pour cela, il importe d'intégrer l'expertise des juristes, des scientifiques et des responsables politiques, et l'action sur le terrain. Ainsi, la réduction du risque pourra aller de pair avec la résorption du mal. Si l'Europe atteint cet objectif, vous pouvez être certains que le marché mondial de la drogue le remarquera.